

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ВЕСТНИК
ТОМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
ОБЩЕНАУЧНЫЙ ПЕРИОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 292

Сентябрь

2006

Свидетельства о регистрации: бумажный вариант № 018694, электронный вариант № 018693
выданы Госкомпечати РФ 14 апреля 1999 г.
ISSN: печатный вариант – 1561-7793; электронный вариант – 1561-803X
от 20 апреля 1999 г. Международного центра ISSN (Париж)

СОДЕРЖАНИЕ

ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ

Митюков М.А. О некоторых теоретических аспектах судебного конституционного надзора в СССР (1924–1933 гг.)	7
Митюков М.А., Станских С.Н. Проблема письменного разбирательства в конституционном судопроизводстве России в контексте зарубежного опыта	17
Волович В.Ф. Сущность и содержание государственного управления (административно-правовой аспект)	26
Барнашов А.М. О применении Конституционным Судом Российской Федерации общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров РФ	34
Кучин А.С. Ориентиры правового регулирования информационного обмена в период избирательной кампании	39
Уткин В.А. О юридическом содержании уголовного наказания в виде ограничения свободы	44
Никитина И.А. Проблемы легализации преступных доходов	49
Андреева О.И. Некоторые аспекты вопроса о пределах свободы поведения личности в российском уголовном процессе	54
Лонь С.Л. Роль науки уголовного процесса на этапе «Исследования уголовного процесса, анализ уголовно-процессуального законодательства и практики его применения» процесса правового регулирования отношений, возникающих в сфере уголовного процесса	57
Ахмедшин Р.Л. «Криминалистическая характеристика личности преступника» и «воздействие»: содержательная взаимосвязь	64
Матаева М.Х. Конституционное регулирование вопроса о земле в Республике Казахстан	69
Матаева М.Х. Некоторые особенности процедуры внесения изменений и дополнений в конституции Казахстана и стран Центральной Азии	74
Лозинский И.В. К вопросу о реализации правил законодательной техники в уголовном законодательстве, охраняющем общественные отношения в сфере экономики	79
Трубникова Т.В. Проблемы реализации права потерпевшего на доступ к правосудию по делам частного обвинения	81
Дудко Н.А. Подсудность уголовных дел суду присяжных по персональному признаку	86
Верещагина А.В. О цели уголовного судопроизводства	88
Ласковенко Д.А. Жилищный вопрос бывших супругов	91
Плетнева Е.Ю. Перспективы развития надзорной деятельности банка России	93

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ

Бутаков А.А. Фактор интеграции в инновационных процессах промышленности России	96
Глотко А.В. Развитие коллективного садоводства в рыночных условиях (на примере Алтайского края)	99
Глотко А.В. Производство посадочного материала плодовых и ягодных культур	102
Гринкевич Л.С., Банин А.С. Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России	105
Гриценко М.П., Борисова О.В. К вопросу о формировании системы продовольственной достаточности	114
Гулиев Н.А. Информационно-коммуникативный подход и управление качеством	119
Гулиев Н.А. Проблемы ориентации личности будущего специалиста на нравственные ценности	121
Джумиго Н.А. Методические основы моделирования бизнес-процессов в организации	123
Исаков А.М. Приоритеты социально-экономического развития России в глобализирующемся мире	127
Кабак М.Л. Экономический механизм установления величины ставки роялти во франчайзинговых отношениях	131
Киреев А.А. Транснациональные корпорации в международном движении капитала: существующие противоречия	136
Ковалева Н.А. Иностранные транснациональные компании и субъекты российской экономики: проблема согласованности интересов	139
Коновалова М.П. Проблемы социального страхования в России и возможные пути их решения	143
Мискин А.С. ТНК и интернационализация мирового валютного рынка	145
Нехода Е.В., Старикова Т.А. Становление системы управления человеческими ресурсами на предприятиях ядерного комплекса	148
Новоселова Е.Г. Классификация банковских инноваций для определения направлений развития банковской деятельности	153
Семькина О.Ф. Факторы увеличения инвестиционной активности предприятия: системный подход	158

Панин М.С., Ажаев Г.С. Геохимическая характеристика твердых атмосферных выпадений на территории г. Павлодара Республики Казахстан по данным изучения загрязнения снегового покрова	163
Панин М.С., Гельдымамедова Э.А. Эколого-геохимическая характеристика почв г. Павлодара Республики Казахстан	171

ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Близневская В.С. Оздоровительно-развивающая роль занятий спортивным ориентированием в студенческой среде	178
Магауова А.С. Личность студента в воспитательной системе вуза	184
Пионтковский В.В. Формирование патриотических чувств в условиях регионального образования	189
Рыкун А.Ю., Южанинов К.М. Дефицитность высшего профессионального образования и формы её компенсации	193
Шилько В.Г., Радаева С.В. Совершенствование скоростно-силовых качеств студентов бюджетной и платной форм обучения	201
Панин М.С., Молдажанова А.А. Стратегическая значимость культурологического подхода в системе подготовки специалистов	204
Молдажанова А.А. О реализации программы «Профессиональная культура преподавателя вуза» в системе повышения квалификации педагогов высшей школы	207

СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОМЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ОБРАЗОВАНИЯ

Караваев А.Ф. Психолого-педагогические условия обеспечения подготовки курсантов	211
Киселев А.М. Формирование эмоционально-волевой устойчивости сотрудников Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) в процессе подготовки к действиям в экстремальных ситуациях	219
КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	223
АННОТАЦИИ СТАТЕЙ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	227

FEDERAL AGENCY OF EDUCATION
VESTNIC TOMSK STATE UNIVERSITY
GENERAL SCIENTIFIC PEREODICAL

№ 292

September

2006

Certification of registration: printed version № 018694, electronic version № 018693
issued by Russian Federation state committee for publishing and printing on April, 14. 1999.
ISSN: printed version – 1561-7793; electronic version – 1561-803X
On April, 20, 1999 by International centre ISSN (Paris)

CONTENTS

LEGAL SCIENCES

Mitukov M.A. About some theoretical aspects of judicial constitutional review in USSR (1924–1933)	7
Mityukov M.A., Stanskikh S.N. The problem of written action at law in the constitutional court proceedings of Russia compared with foreign experience	17
Volovitch V.F. The essence and contents of state government (administrative and legal aspect)	26
Barnashov A.M. On the application of universally recognised principles and norms of International law and international treaties of Russia by the Constitutional Court of the Russian Federation	34
Kuchin A.S. Legal regulation guide of information exchange during election campaign	39
Utkin V.A. On the legal criminal punishment in the form of restraint of liberty	44
Nikitina I.A. The problem of legalising the criminal income	49
Andreeva O.I. Some aspects of individual behavior's freedom within limits in the Russian criminal procedure	54
Lon' S.L. The role of science of criminal action on the stage «Research of criminal action, analysis criminal-processional legislation and practice of these application», action legal relations in the sphere of criminal action.....	57
Ahmedshin R.L. «Criminalistic characteristics of crimer person» and «influence»: informative interrelation	64
Matayeva M.Ch. Historical aspects of constitutional regulation and issues in the Republic of Kazakhstan	69
Matayeva M.Ch. Some features of the procedure of introducing changes and supplements in the constitutions of central Asia states	74
Lozinskiy I.V. On the problem of realization of the legislative procedure in criminal law, protecting public relations in the economic sphere	79
Trubnikova T.V. Problems of realization of victim's right for access to justice in cases of private prosecution	81
Dudko N.A. The court jurisdiction of criminal cases to the jury on personal sign	86
Vereshagina A.V. The purpose of criminal legal proceedings: a correctness of statement of a question	88
Laskovenko D.A. Housing problems of former married couples	91
Pletneva E.Yu. Development Prospects of Supervision Activity of the Bank of Russia	93

ECONOMIC SCIENCES

Butakov A.A. The integration as a factor of innovative processes in Russian industry	96
Glutko A.B. The development of the collective gardening in the market conditions (on the example Altai region)	99
Glutko A.B. The production of the planting material of the fruit and berry cultivations	102
Grinkevich L.S., Banin A.S. Modern methods of managing healthcare organizations in Russia	105
Grizenko M.P., Borisova O.V. Formation of system of food sufficiency	114
Gulyev N.A. The informative-communicative approach to the quality management	119
Gulyev N.A. The problems of a prospective specialist's personal orientation to the moral values	121
Djumigo N.A. Methodic foundations of modelling business-processes in an organization	123
Isakov A.M. Priorities of social and economic development of Russia in global world	127
Kabak M.L. Economics mechanism of royalty rate establishment in relations of franchising	131
Kireyev A.A. TNCs in the international movement of the capital: existing contradictions	136
Kovaleva N.A. Foreign transnational corporations and transactors of Russian economy: the problem of interest's coordination	139
Konovalova M.P. The problems of social insurance in Russia and some possible ways to resolve	143
Miskin A.S. TNC and internationalization of the world currency market	145
Nekhoda E.V., Starikova T.A. Development of system human resources management in the nuclear complex	148
Novoselova E.G. Classification of bank innovations for definition of directions of development of bank activity	153
Semykina O.F. The factors of increasing of investment activity of an enterprise: the system approach	158
Panin M.S., Azhayev G.S. Ecological Geo-chemical characteristic of atmospheric precipitation of the city of Pavlodar, republic of Kazakhstan, based on the study of the snow pollution	163
Panin M.S., Geldymamedova E.A. Ecological and geo-chemical soil characteristics of the city of Pavlodar, Republic of Kazakhstan	171

PROBLEMS OF EDUCATION

Magauova A.S. The person of students in educational system of university	178
Rykun A.Yu., Yuzhaninov K.M. Deficiency of Higher Education and Means of it's Compensation	184
Bliznevskaia V.S. Health-improving role of sport orienteering among students	189
Piontkovsky V.V. The formation of patriotic feelings in circumstances of the regional education	193
Shilko V.G., Radaeva S.V. Development of speed and muscle-strengthening characteristics of both kinds of students studying on budget and own money	201
Panin M.S., Moldazhanova A.A. Strategic significance of culture approach in the system of training university teachers'	204
Moldazhanova A.A. Realization of the programme «Professional culture of high school teachers» in the system of professional training	207

SOCIOPSYCHOLOGICAL AND BIOMEDICAL ASPECTS PROBLEMS OF EDUCATION

Karavaev A.F. Psychology-pedagogical condition ensuring of training of military cadets	211
Kiselev A.M. Forming to the problem of training staff of the Federal Penal Service of Russia for actions in extreme situation	219
BRIEF INFORMATION ABOUT THE AUTHORS	223
SUMMARIES OF THE ARTICLES IN ENGLISH	227

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Рассматриваются вопросы организации учреждений здравоохранения, методы управления медицинскими учреждениями в России и за рубежом. Предлагается концепция кластерного подхода в организации системы здравоохранения на региональном уровне.

В общем виде здравоохранение представляет собой систему социально-экономических и медицинских мероприятий, а также социальных институтов, деятельность которых направлена на сохранение и повышение уровня здоровья населения. При этом часто здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействием и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

Организация деятельности медицинских учреждений приобретает особую значимость на современном этапе развития социальной сферы Российской Федерации. Несмотря на то, что за последние десять лет в России удалось сформировать работающую структуру органов управления здравоохранением, проблема разработки и внедрения эффективных методов управления, воздействия на субъекты системы осталась нерешенной. Управленческие проблемы находят свое отражение во всех предлагаемых для обсуждения концепциях и программах реформы системы здравоохранения. В связи с этим представляется необходимым рассмотреть общие методологические подходы к деятельности организаций, занимающихся оказанием медицинских услуг населению, как в российской, так и в зарубежной практике.

Методологическая основа управления учреждениями здравоохранения

Современная литература по организации медицинской помощи позволяет выделить два основных подхода к управлению здравоохранением. Некоторые авторы [1] под этим термином понимают органы или институты, определяющие условия и формы принятия организационных решений, а также содержащие элементы организации (планирование, координация, анализ) и контроля. В соответствии с концепцией общей теории управления управление здравоохранением – это целенаправленное информационное воздействие на объекты системы здравоохранения (ЛПУ, фармацевтические организации, объединения врачей и др.) с целью сохранения и повышения уровня здоровья населения или реализации иных целей в данной области. В общем виде управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Управляющая сторона – органы управления здравоохранением, управляемые стороны – объекты управления (учреждения здравоохранения, отдельные работники). Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на объекты управления.

Говоря об управлении в здравоохранении, необходимо иметь в виду два основных понятия: менеджмент и администрирование. Традиционно государственная модель управления связывается с администрированием, тогда как частная – с менеджментом. Однако в последнее время в связи с развитием процессов переноса идей и технологий менеджмента в государственный сектор происходит размывание границ при использовании этих терминов, причем администрирование все чаще заменяется менеджментом. В западной литературе появилось много новых терминов, в том числе, например, «новый государственный менеджмент» (new public management). Этот термин обычно трактуется как новый тип деятельности, направленной на модернизацию, динамичное изменение государственного сектора; новый стиль управления государственными организациями.

Следует, однако, иметь в виду, что и менеджмент, и администрирование – это переводные термины. Традиционно используемый в России термин «управление», на взгляд большинства исследователей, является тем понятием, которое позволяет охватить все многообразие описываемого явления и приобретает особую значимость в условиях сближения методов управления частным и государственным секторами.

Все организации, независимо от того, в какой сфере они действуют, сталкиваются с общими проблемами в области управления. На основе общих закономерностей выстраиваются конкретные методы управления в зависимости от условий, в рамках которых они применяются. Не является исключением и здравоохранение, которое, как и любая другая социально-экономическая область, имеет свою специфику управления, обусловленную и особым предметом деятельности, и социальной направленностью функционирования системы.

Во-первых, результатом деятельности медицинского учреждения является услуга, что определяет специфический характер взаимодействия ЛПУ с потребителями их услуг: прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания услуги. При этом пациенты – основные элементы внешней среды для ЛПУ, и каждое взаимодействие с клиентом можно рассматривать как прямой контакт с окружающей средой. Важно, что человек не является пассивным объектом, он реагирует на оказываемое на него воздействие (зачастую эта реакция может быть непредсказуемой) и тем самым непосредственно влияет на весь процесс работы с ним, становится соучастником этого процесса.

Это, в свою очередь, находит выражение в многовариантности технологий, используемых в работе с

клиентом, в особой значимости этических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, в принципиально важной роли медицинских работников в процессе оказания услуг. Отсюда вытекает сложность оценки качества и необходимости оказываемых медицинских услуг и результатов деятельности медицинских организаций в целом и труда их сотрудников. Это в большей степени определяет организацию управления в сфере здравоохранения.

Во-вторых, медицинские услуги относятся к социальным услугам. Это означает, что, с одной стороны, они, помимо непосредственного эффекта для потребителя, имеют и общественный, социальный эффект, а с другой – общество признает важность получения гражданами медицинских услуг и свою роль в их обеспечении медицинским обслуживанием. Не случайно в конституциях многих развитых стран, включая Россию, признается право граждан на охрану здоровья.

Таким образом, среди наиболее существенных признаков медицинских учреждений, связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на процесс управления ими, можно выделить:

- сложность определения качества и измерения результатов работы;
- высокую специализацию основной деятельности, которая часто имеет срочный и неотложный характер;
- отсутствие права на неопределенность и ошибку;
- потребность в тесной координации работы различных подразделений;
- высокую квалификацию сотрудников, большинство которых выступают как представители своих профессий. Имея специальные знания и опыт, руководствуясь системой моральных норм и принимая решения о лечении пациентов, они стремятся к самостоятельности и проявляют лояльность прежде всего по отношению к пациентам и коллегам по профессии;
- необходимость контроля со стороны администрации медицинских учреждений за деятельностью врачей, которые непосредственно влияют на определение объема работы и расходов ЛПУ;
- трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением, существующим во многих медицинских учреждениях, особенно больницах.

Подобные характеристики присущи организациям и в других сферах. В этом смысле ЛПУ, может быть, и не являются абсолютно уникальными структурами. Однако особенность медицинских учреждений состоит в том, что для них характерны все вместе взятые вышеперечисленные признаки, что, в свою очередь, приводит к более интенсивному их проявлению.

Характерная особенность системы здравоохранения – многообразие субъектов, объектов и, соответственно, форм деятельности. Общепринятая классификация выделяет три типа медицинских учреждений, соответствующие трем секторам современного общества (государственные, частные и некоммерческие), каждый из которых имеет свою специфику в области управления.

1. *Государственное здравоохранение.* Государственный сектор в сфере здравоохранения является областью,

где воплощаются коллективные социальные ценности, которые не могут быть адекватно реализованы за его пределами. Эти ценности определяются не через рынок, а в ходе общественного развития и политического процесса на основе учета разнообразия социальных и экономических интересов общества. Государственные лечебно-профилактические учреждения финансируются за счет государственных средств, оказывая услуги населению либо бесплатно, либо за плату, которая обычно не превышает себестоимости услуг. Последние могут продаваться и по рыночным ценам, но только в случае принятия решения соответствующим органом управления.

Для осуществления подобных задач необходима особая модель управления, для которой характерно, что государственные учреждения:

- а) подотчетны в своих действиях как законодательным и исполнительным органам власти, так и обществу в целом, они находятся под постоянным пристальным вниманием общественности и средств массовой информации;
- б) осуществляют единообразный подход к клиентам, необходимость которого определяется концепцией равных прав граждан на охрану здоровья;
- в) придерживаются на регулярной основе определенных процедур, закрепленных соответствующими законами и иными нормативными актами;
- г) руководствуются в кадровой политике принципами государственной службы (порядок продвижения по служебной лестнице, установление заработной платы, определение уровней ответственности и полномочий).

С другой стороны, не следует рассматривать государственную форму оказания медицинских услуг как изживающую себя, определять ее как просто антипод рынка. Государственный сектор – важнейшая, незаменимая область реализации особой системы социальных ценностей, присущих современному обществу, неотъемлемая составная часть системы охраны здоровья населения. Задача сегодня состоит в том, чтобы, используя его специфику, выработать такие подходы к управлению государственными организациями, которые позволят этому сектору в современных условиях реализовать свой потенциал и возможности в достижении целей, которые государство ставит в сфере здравоохранения.

2. *Частные медицинские организации.* Наиболее показательным проявлением новых тенденций в управлении здравоохранением является появление частных организаций с присущими им особенностями. Такие организации финансируются не государством, а учредителями (физическими и/или юридическими лицами). Помимо различия в финансировании частные организации отличаются от государственных также тем, что:

- а) управление ими имеет большую гибкость; в частности, управленцы, или, как их обычно называют в частном секторе, менеджеры, пользуются большей свободой в принятии решений, и процесс управления имеет более персонифицированный характер;
- б) принятие управленческих решений диктуется, прежде всего, экономическими параметрами, проявляется особая чувствительность к затратам, т.е. в частных организациях строго соблюдается принцип прямой взаимосвязи между доходами и расходами.

Все это позволяет частному сектору лучше удовлетворять индивидуальные запросы населения на более высоком технологическом уровне, обеспечивая высокое качество обслуживания. Именно в этом отношении частные медицинские учреждения составляют реальную конкуренцию государственному сектору. В то же время эти организации по своей сути являются организациями коммерческими, т.е. создаются прежде всего для извлечения их владельцами материальной выгоды и в этом, видимо, нужно искать предел возможностей частного сектора в сфере здравоохранения.

3. *Третья модель управления в здравоохранении*, так называемый третий сектор, образуемый некоммерческими организациями. Этот термин появился в США в 1970-е гг. и должен был отразить тот факт, что подобные организации рассматривались как альтернатива и частным, и государственным организациям с присущими им недостатками. В некоммерческих организациях приверженность ценностям, осуществляемым через государственный сектор, сочетается с гибкостью и эффективностью, которые считаются атрибутами рынка.

В числе принципиальных особенностей некоммерческих организаций следует отметить такие, как:

а) функционирование на основе принципа добровольности, который выражается в том, что некоммерческие организации возникают как результат намерения их учредителей заняться на некоммерческой основе определенной деятельностью для решения той или иной социальной проблемы. Создание некоммерческой организации осуществляется по решению учредителей, которые действуют исходя из определенной мотивации по собственной инициативе без какого-либо вмешательства со стороны государственных или иных структур. Кроме того, многие некоммерческие организации часто привлекают для выполнения своих задач труд добровольцев;

б) некоммерческие организации не ставят своей целью извлечение прибыли и ее распределение между участниками. При ведении коммерческой деятельности, что в принципе им не запрещается, полученные доходы могут быть использованы исключительно в интересах развития организации и достижения поставленных ею целей. Российское законодательство о некоммерческих организациях предусматривает, что в случае превышения доходов над расходами сумма превышения не подлежит распределению между членами организации (учредителями).

Особенности некоммерческих организаций отражаются в формах управления, методах взаимодействия с государством и частным сектором, во взаимоотношениях между учредителями и управленческим персоналом, в организации труда добровольцев и т.д.

Следует отметить, что некоммерческие организации отличаются большим многообразием как в организационных формах, так и в масштабах деятельности в различных странах.

Система здравоохранения, как и любая другая отрасль, требует применения ряда методов воздействия органа управления на субъект. Методы управления

здравоохранением, с одной стороны, должны основываться на объективном характере взаимоотношений участников системы, а с другой – учитывать специфические особенности поведения субъектов в данной сфере. В общем виде можно выделить три основных группы методов управления учреждениями здравоохранения.

1. *Экономические методы* – система приемов и способов воздействия на исполнителей с помощью конкретного соизмерения затрат и результатов (материальное стимулирование и санкции, финансирование и кредитование, зарплата, себестоимость, прибыль, цена). В качестве основных методов управления выступает система оплаты медицинских услуг, которая должна покрывать расходы медицинского учреждения на оказание медпомощи и стимулировать администрацию ЛПУ максимально эффективно использовать имеющиеся финансовые и материальные ресурсы. Современная теория управления медицинскими организациями выделяет следующие системы оплаты медицинской помощи: сметное финансирование, оплата за посещение (или один койко-день), оплата отдельных медицинских услуг, оплата законченного случая, подушевое финансирование (считается наиболее прогрессивным методом) и система фондодержания. Кроме этого, к экономическим методам управления следует отнести и анализ эффективности деятельности медицинского учреждения, в основе которого лежит оценка результатов ЛПУ на основе системы экономических и социальных показателей.

2. *Организационно-распорядительные методы* управления – это методы прямого воздействия, носящие директивный, обязательный характер и основанные на дисциплине, ответственности, власти и принуждении. К числу организационных методов относят: организационное проектирование, регламентирование, нормирование. Сущность организационного регламентирования в здравоохранении состоит, главным образом, в установлении особых правил, обязательных для выполнения и определяющих содержание и порядок организации оказания медицинской помощи – стандарты ресурсной базы ЛПУ, стандарты процесса диагностики и лечения, стандарты результата лечения. Как полагают многие организаторы здравоохранения, именно разработка эффективных и всеохватывающих медицинских стандартов является необходимой базой для реформирования системы здравоохранения в России.

Распорядительные методы реализуются в форме приказа, постановления, распоряжения, инструктажа, команды, рекомендации.

3. *Социально-психологические методы* управления имеют особое значение для отрасли здравоохранения в связи с явной социальной направленностью данной системы и высокой долей человеческого участия. В частности, к методам социально-психологического воздействия относят моральное поощрение, социальное планирование, убеждение, внушение, личный пример, регулирование межличностных и межгрупповых отношений, создание и поддержание морального климата в коллективе и другие.

Кроме указанных, существуют и специфические подходы к организации здравоохранения, разработанные

в последнее десятилетие: системный анализ деятельности медучреждений, управление медпомощью с помощью интегрированных систем, методы имитационного моделирования в системах с переходной экономикой, методы экспертных оценок и т.д.

Основным направлением совершенствования методологии управления следует считать интеграцию классических методов управления и ориентацию на объект, включающий элементы трех секторов здравоохранения. С одной стороны, это будет способствовать гибкости управления, улучшению координации между секторами и более оперативному внедрению новых технологий, а с другой – изменению характера деятельности в государственных организациях, в частности применению опыта работы менеджеров частных клиник и больниц в государственных организациях.

Менеджмент в этом случае должен стать той технологией, которая позволит обеспечить рациональное использование ограниченных ресурсов, помочь преодолеть возникшие в государственном секторе трудности.

Так, по мнению Т.В. Чубаровой, «...распространение принципов менеджмента, применяемых в частном секторе, на организации государственного сектора вообще и здравоохранения в частности является не только и не столько “технологическим” процессом, а скорее практическим воплощением идеологии, которая призвана наполнить новым содержанием деятельность государственных учреждений» [2. С. 21]. Такая система в западной терминологии получила название менеджериализма.

Менеджериализм – это система принципов и практических рекомендаций, в основе которой лежит постулат о том, что совершенствование процесса управления является эффективным способом решения широкого круга экономических и социальных проблем. Она базируется на убеждении, что твердое управление, основанное на взвешенном учете реальных фактов и ясном видении перспективы, может способствовать реализации фундаментальных изменений и дать новый импульс в деятельности организации.

В то же время элементы менеджмента проникают и в деятельность некоммерческих организаций. Таким образом, есть основания говорить о наметившейся конвергенции методов управления организациями, принадлежащими к различным секторам.

Поскольку проблема конвергенции в методах управления является новой, особенно для России, необходимо ее серьезное теоретическое изучение, глубокое научное осмысление и обеспечение. Научно-методическая база исследования проблем управления в здравоохранении нуждается в дальнейшем совершенствовании. Западными исследователями в этой области уже накоплен значительный потенциал, который может быть полезен российским ученым и практикам. Изменения в области здравоохранения, осуществляемые в ряде западных стран, и связанные с ними процессы в области управления медицинскими учреждениями, в том числе и обозначенные выше, вызывают острые дискуссии среди ученых и широкой общественности. Использование ряда управленческих приемов, новых для государственного сектора и заимствован-

ных из сферы бизнеса, получило неоднозначную оценку специалистов.

В центре этих дискуссий находится вопрос о том, насколько принципиальны различия в моделях управления в частном и государственном секторах и возможно ли использование опыта, накопленного в рамках одного из секторов, для совершенствования управления организациями в других секторах.

В связи с этим представляется необходимым кратко рассмотреть основные подходы к управлению системой здравоохранения в зарубежных странах. В общем виде, можно выделить три таких подхода.

1. Децентрализация управления с переносом функций управления на отдельные объекты здравоохранения или их объединения (США, по мнению некоторых авторов, и Германия). Здравоохранение США практически полностью подчинено законам рынка и принципам самоуправления. В этой стране доминируют экономические методы, а также традиции менеджериализма и корпоративного управления, перенесенные в сферу оказания медицинской помощи. Роль государства заключается в основном в мониторинге системы и организации отдельных подсистем (финансирование отдельных программ для бедных, пожилых, организация центров по борьбе с туберкулезом, СПИДом и др.).

2. Централизованное управление с доминирующим государственным органом (Франция, Испания, ряд стран Восточной Европы, страны СНГ, Китай). Как правило, это страны либо с низким уровнем бедности и крайне неустойчивой социально-экономической ситуацией, либо с господством традиций в управлении (азиатские страны), в которых единственно возможным методом управления является административно-управленческий, характеризующийся жесткой регламентацией и планированием всех служб и департаментов, иерархической подчиненностью и высокой степенью бюрократизации.

3. Смешанная система, в которой государственное воздействие сосуществует с независимыми коммерческими или некоммерческими медицинскими организациями, самостоятельно принимающими управленческие решения (Великобритания, Канада, Германия, Нидерланды, Япония и др.). На данный подход следует обратить более пристальное внимание не только потому, что он характерен для подавляющего большинства развитых стран, но и потому, что он дает необходимый уровень эффективности работы системы. Это показывают и социологические исследования, и объективные показатели доступности и качества медицинской помощи.

Основным элементом реформирования здравоохранения в странах со смешанной системой управления медицинской помощью является принцип управляемой конкуренции. Он означает, что государство, с одной стороны, минимизирует свое вмешательство в те сферы здравоохранения, где действие рыночных принципов конкуренции позволит повысить качество тех или иных медицинских услуг, способствовать разнообразию последних. Роль государственных органов управления может ограничиваться лишь установлением определенных ориентиров и рекомендаций, а также выдачей лицензий некоторым категориям медуч-

реждений, отдельным специалистам. С другой стороны, определенные сферы здравоохранения остаются под контролем государства с сохранением всех организационных и регулирующих функций. Анализ опыта большинства преуспевающих стран позволяет определить 4 базовые сферы:

- 1) основополагающие принципы политики в области здравоохранения;
- 2) стратегические решения относительно развития людских ресурсов;
- 3) меры урегулирования, касающиеся обеспечения безопасности населения и предоставления определенных видов медицинской помощи;
- 4) мониторинг, оценка и анализ состояния здоровья населения, работы служб здравоохранения в стране.

Другой особенностью управления здравоохранением в данных системах является интегрированный подход, суть которого состоит в следующем.

1. Универсальная система договорных отношений. Главным образом заключаются два типа договоров: а) между финансирующей стороной и отдельными звеньями оказания помощи; б) между отдельными звеньями оказания помощи, например врачами общей практики и специалистами, врачами общей практики и стационарами, групповыми практиками и независимыми параклиническими службами. При этом договор максимально четко и полно определяет состав отношений и санкции за нарушение условий использования совместных ресурсов.

2. Наличие особой службы или подразделения, осуществляющего функции управления ресурсами интегрированной системы (УРИС). УРИС носит комплексный характер, т.е. охватывает разные секторы здравоохранения с учетом их взаимозависимости. Например, процесс управления ресурсами в больницах тесно увязывается с аналогичным процессом в секторе амбулаторной помощи и других звеньях оказания медицинской помощи.

3. Планирование оказания медицинской помощи. В отличие от нормативных планов, составляемых российскими медучреждениями, стратегическое планирование по интегрированному принципу основывается на рыночных условиях выбора участником системы наиболее эффективного поставщика и покупателя медуслуг, исходя из постоянно рассчитываемой потребности в медицинской помощи и анализа поступления финансовых ресурсов.

4. Материальное стимулирование и разделение финансовых рисков. Основная цель – объединить все звенья оказания медицинской помощи общим финансовым интересом, сделать их взаимозависимыми. Например, если поликлиника работает плохо, а стационар хорошо, то система считается неэффективной. Расширение объема деятельности звена первичной медицинской помощи стимулируется с помощью трех главных методов:

– материальное поощрение за достижение согласованных показателей снижения уровня госпитализаций, числа койко-дней, направлений к специалистам, а также за рациональное использование лекарственных средств, параклинических услуг;

– предоставление врачам общей практики средств на оплату деятельности других звеньев оказания помощи (полное или частичное фондодержание);

– разделение финансовой ответственности со специалистами и стационарами за отклонение фактических показателей объемов помощи от расчетных (создание «рискового пула»).

5. Вовлечение врачей в процесс оказания медицинской помощи. Это предполагает ограничение традиционной клинической автономии врачей и утверждение новой системы ценностей, суть которой можно определить следующим образом: не только лечить, но и участвовать в управлении ресурсами. Практически это означает, что врачи начинают искать наиболее эффективные формы совместной работы, взаимодействия с другими звеньями, обеспечения непрерывности лечения и наблюдения за больными.

В ряде стран (США, Канада, Великобритания, Германия) такой подход получил название управляемой медицинской помощи (Health Maintenance Organizations) и за период его массового распространения в 90-х гг. XX в. принес значительные результаты.

Современные методы управления учреждениями здравоохранения в России

Анализ ситуации и перспектив развития методологической основы отечественного здравоохранения в новых социально-политических и экономических условиях является предметом многих исследований ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Необходимо отметить, что за последние годы общая социально-политическая ситуация в стране стабилизировалась, это вызвало необходимость разработки принципиально новых методов управления как в экономике, так и в секторе здравоохранения.

Управление системой здравоохранения в СССР в дореформенный период строилось в соответствии с общими принципами централизованного управления. Регулирование правоотношений всех служб, участвующих в охране здоровья населения и в системе здравоохранения, осуществлялось только на основе директивно-распорядительных документов, что соответствовало характеру административно-командной системы планирования и управления в народном хозяйстве.

В конце 1980-х гг. советское правительство предпринимает попытку повышения эффективности функционирования системы здравоохранения в рамках реализации эксперимента нового хозяйственного механизма, основу которого составляло повышение самостоятельности руководителей территориальных органов управления медицинскими учреждениями в принятии управленческих решений, в том числе в управлении бюджетом.

С 1991 по 1993 г. политическая жизнь страны характеризовалась стихийной децентрализацией во всех хозяйственных сферах, их направленностью на выполнение и решение узковедомственных проблем. Однако отсутствие законодательного разграничения полномочий и координации действий властных структур разного уровня привело к тому, что территориальные

и муниципальные образования стали строить свою собственную замкнутую систему охраны здоровья.

Значительно ослабевали важнейшие функции органов управления – стратегическое и текущее планирование, организация медицинской помощи. Ухудшалось взаимодействие между отдельными уровнями оказания медицинской помощи. Действующая сеть лечебно-профилактических учреждений не соответствовала реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов.

В период с 1992 по 1994 г. осуществлялось активное реформирование законодательной базы в новых социально-экономических условиях. Принятые Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Закон о медицинском страховании граждан Российской Федерации впервые определили механизм законодательных правоотношений систем, структур, ведомств, участвующих в охране здоровья населения.

В соответствии со сложившимся к настоящему времени законодательством управление системой здравоохранения в Российской Федерации строится в соответствии с общими принципами государственного управления и местного самоуправления. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан юридически закреплены уровни управления здравоохранением и области их компетенции. В соответствии с действующим законодательством управление здравоохранением осуществляется на следующих уровнях: федеральном, региональном, местного самоуправления.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением других субъектов Российской Федерации, РАМН. В государственную систему включены также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и др.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения. Несмотря на муниципальную подчиненность, их деятельность также регламентируется Министерством здравоохранения и социального развития, министерствами здравоохранения республик и органами местного самоуправления.

Отдельно в данной классификации выделяют частную систему здравоохранения: лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимаю-

щиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Финансирование в этой системе осуществляется за счет частных предприятий, организаций, учреждений, а также физических лиц.

В России к настоящему времени сложилась законодательно оформленная схема распределения предметов ведения, полномочий и ответственности в социальной сфере между уровнями власти как основа для проведения социальной региональной политики. Эта схема опирается на Конституцию РФ, систему федеральных законов, регулирующих правоотношения как непосредственно в социальной сфере, так и в других областях, прежде всего в бюджетной и налоговой. Главная особенность этой схемы состоит в том, что федеральный уровень управления может делегировать свои полномочия на административно-территориальный уровень относительно той части собственности, которая находится на этой территории. Иными словами, главной объективной причиной децентрализации управления, в том числе и в области здравоохранения, является перераспределение предметов ведения (собственности) и объемов финансирования в пользу региональных структур.

Таким образом, с одной стороны, политика децентрализации в социальной сфере отразила характер государственной региональной политики, формирующейся под воздействием созревающих экономических и политических требований территорий. С другой стороны, наличие множества сторон, участвующих в формировании и проведении государственной политики в области здравоохранения, нередко приводит к рассогласованности усилий, стремлению преследовать частные интересы в ущерб интересам государства [3].

К другим проблемам управления региональным здравоохранением в России следует отнести:

- разрыв административной вертикали управления здравоохранением, ставший следствием принятия законодательства о местном самоуправлении и проявившийся в первую очередь в полном подчинении муниципальных организаций и учреждений здравоохранения местным администрациям и передаче последним ответственности по их финансированию;
- недостаточность у регионального органа управления здравоохранением экономических рычагов воздействия на муниципальные органы управления;
- отсутствие механизма совместного управления здравоохранением региональным и муниципальными органами власти затрудняет процесс реализации задач «Концепции развития здравоохранения» и дает возможность местным администрациям принимать противоречащие ей популистские решения, исходя из политических интересов, а не из соображений экономической целесообразности;
- отсутствие информационно-аналитической системы для осуществления мониторинга состояния здоровья населения и эффективности функционирования системы здравоохранения области;
- разобщенность форм контроля эффективности деятельности ЛПУ;
- отсутствие системы мониторинга удовлетворенности пациентов объемом и качеством предоставля-

мых медицинских услуг. Без обратной связи с реальным пользователем трудно добиться существенного улучшения качества услуг;

- отсутствие координации в вопросах организации медицинского обслуживания между ведомствами, имеющими собственную сеть медицинских учреждений, и региональными органами управления здравоохранением занижает роль ведомственных медицинских учреждений в реализации программы государственных гарантий, приводит к расточительному дублированию узкопрофильных и специализированных отделений;

- отсутствие эффективных механизмов контроля качества медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями.

Таким образом, появление новых и нерешенность имеющихся проблем вызывают необходимость совершенствования методов управления медицинскими учреждениями как на федеральном, так и на территориальном уровне. Развитие методов организации в сфере здравоохранения в значительной мере идет по западному пути, на основе перенесения действующих методов, применяемых зарубежными странами (США, Великобритания, Нидерланды и Германия и др.) на российскую действительность. Перед учеными и практиками, занятыми в той либо иной степени вопросами управления здравоохранением, встают сложные задачи. С одной стороны, необходимо проанализировать качественно новую систему профессиональных и экономических взаимоотношений между производителями медицинских услуг (медицинские работники, лечебно-профилактические учреждения) и потребителями (пациенты, клиенты), с другой – разумно распорядиться мировым опытом в области управления, применить современные формы регулирования и методы управления. Рассмотрим основные модели, появившиеся в российской практике управления медицинскими учреждениями за последнее время.

Большую популярность получил так называемый системный подход в здравоохранении, при котором здравоохранение рассматривается не как конгломерат составляющих его элементов, компонентов, а как целостная, сложная и динамическая система. Методология системного анализа, возникшая в конце 1950-х гг. в США, применяется для: 1) конструирования системы; 2) оптимизации функционирования системы; 3) научного обоснования вариантов оптимальных управленческих решений; 4) оценки эффективности деятельности системы [4].

Алгоритм реализации системного подхода заключается в создании идеальной (в том числе математической) модели объекта (процесса), изучении и приближении реального состояния объекта к смоделированному идеальному. Одним из этапов системного анализа является моделирование альтернативных систем организации и управления здравоохранением.

В рамках системного подхода в теории здравоохранения существует метод имитационного моделирования (в США он был разработан в конце 80-х гг. XX в.). Его разновидностью применительно к российскому опыту стал метод структурного ситуационно-экономического моделирования в области здраво-

охранения. Методология имитационного моделирования выделяет несколько этапов построения модели объекта:

- 1) формулировка комплекса задач исследуемого объекта;

- 2) построение концептуальной модели объекта;

- 3) построение математической модели объекта;

- 4) проверка работы (верификация) имитационной модели;

- 5) оценка пригодности имитационной модели.

Однако сложность процессов математического моделирования и присущие системному подходу недостатки (чрезмерная абстрактность, субъективность анализа), на взгляд автора, не позволяют в полной мере использовать методы системного анализа в такой сложной системе, как здравоохранение.

Принципы рассмотренной ранее концепции управляемой медицинской помощи (УМП) в начале XXI в. нашли свое применение и в России в рамках метода управления интегрированными системами в здравоохранении. Наиболее активно внедрение этого метода происходит в Краснодарском крае и Московской области. Принимая общую концепцию западного прообраза, российская методика управления медицинскими учреждениями имеет отличительную особенность: построение информационной системы, объединяющей ряд подсистем, каждая из которых позволяет решать ряд управленческих вопросов на определенном уровне [5]. Так, информационная система включает в себя:

- регистр пациентов, рассчитываемый по количеству лечебных учреждений, их профилю, нагрузке и порядку работы и позволяющий определить необходимый бюджет для обеспечения должного уровня обслуживания;

- кадровую информационную систему, выполняющую функцию контроля за поддержанием необходимого уровня квалификации медицинского персонала лечебных учреждений, своевременно направляя медицинских работников на курсы специализации и переквалификации и создавая необходимый кадровый резерв;

- систему управления лекарственным обеспечением, позволяющую контролировать фармацевтический рынок и добиваться минимизации затрат на покупку лекарств с применением новейших информационных технологий;

- финансовую информационную систему, занимающуюся финансовым планированием управления здравоохранением.

Основой для работы информационной системы являются детальные данные о составе и реальной стоимости лечения каждого пациента. Эти данные суммируются по каждому кабинету, лечащему врачу, каждому лечебному учреждению, профилям лечения, страховым компаниям и источникам финансирования. Такой подход позволяет выработать стандарты лечения, приемлемые для того или иного региона и постоянно контролировать соответствие реального лечения принятым стандартам. Наиболее полно возможности интегрированной системы управления медпомощью проявляются в управлении развитием системы здравоохранения. На этапе подготовки изменений можно оценить финансовую целесообразность развития или

свертывания учреждений, профилей лечения и групп оказываемых услуг. На этапе проведения изменений можно следить за динамикой работы лечебных учреждений, проверяя соответствие реальных результатов ожиданиям и прогнозам.

Абсолютно новым и практически не разработанным ни в России, ни за рубежом подходом к управлению организациями здравоохранения на региональном уровне является кластерный подход.

Согласно теории Майкла Портера, кластер – это группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний (поставщики, производители) и связанных с ними организаций (образовательные заведения, органы государственного управления, инфраструктурные компании), действующих в определенной сфере и взаимодополняющих друг друга [6].

Таким образом, кластер включает в себя:

- «верхнюю часть айсберга» – корневую отрасль (в здравоохранении это лечебно-профилактические учреждения и другие медицинские организации);

- средний уровень: поставщики сырья и материалов (предприятия, выпускающие медицинские препараты и оборудование и т.д.), прочие снабжающие отрасли (ВПК, промышленность, транспорт и связь и др.), поставщики специализированных услуг, смежные отрасли;

- обеспечивающую часть: финансовые институты, поставщики инфраструктуры, учебные и научно-исследовательские институты (например, СГМУ, ГИДУВ, медицинский колледж).

Цель кластера – усиление конкурентных преимуществ как отдельных участников, так и кластера, а в долгосрочной перспективе и региона в целом. В частности, в области здравоохранения организация кластера может преследовать такие цели, как более тесное сотрудничество общества, власти и бизнеса для обеспечения охраны здоровья населения региона, управление развитием системы охраны здоровья в регионе, развитие региональной инфраструктуры как в самой отрасли здравоохранения, так и в обеспечивающих ее отраслях, доступ к инновациям и технологиям в здравоохранении и т.д.

Особенность организации кластера – участники входят в него не полностью, а лишь определенной частью, предназначенной для выполнения поставленной цели (в этом его отличие от системного подхода). С другой стороны, кластер может включать в себя совершенно отличные друг от друга структуры из разных отраслей (отличие от отраслевого подхода).

Примеры имеющихся в настоящее время кластеров: биотехнологий в Финляндии, химических продуктов в Техасе, фармацевтических препаратов в Пенсильвании, ортопедических приборов в Индиане, кластер информационных технологий в Питсбурге (США) и некоторые другие. Имеются примеры организации кластеров в регионах Российской Федерации (Нижний Новгород, Красноярск, Пермь, Московская область) и в странах СНГ (Украина, Армения, Казахстан), но все они сформировались в основном в промышленном секторе. В доступной литературе, кроме отдельных упоминаний о существовании кластера здравоохранения в Финляндии,

США, Канаде, практически отсутствует серьезная методологическая проработка кластерного подхода в сфере охраны здоровья населения.

В то же время, анализ тенденций развития системы управления здравоохранением позволяет прийти к выводу, что система здравоохранения, в первую очередь регионального уровня, находится в состоянии формирования кластера. Однако этот процесс слабо осознаваем, а потому не принят на вооружение в теории и практике экономики и организации здравоохранения. Наиболее явно кластерный подход проявляется в системе организации дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). К числу участников кластера ДЛО можно отнести: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд ОМС, региональные фонды ОМС, предприятия-производители лекарственных препаратов (в том числе зарубежные), Пенсионный фонд РФ и его филиалы, страховые медицинские организации (были на первых этапах становления системы ДЛО), органы исполнительной власти области и муниципальных образований, органы управления здравоохранением, фармацией, уполномоченные фармацевтические организации, аптечные склады, аптеки, медицинские организации всех форм собственности. Зона общего интереса – обеспечение лекарственными средствами граждан, имеющих льготы в соответствии с действующим федеральным законодательством.

Существует ряд условий, которые могут как способствовать, так и препятствовать развитию кластерного подхода в российском здравоохранении. Авторы относят к позитивным условиям следующие: существование медико-технологической и научных инфраструктур; психологическая готовность к кооперации. Сдерживающими факторами для развития кластеров могут быть: низкое качество бизнес-климата в сфере здравоохранения, низкий уровень развития ассоциативных структур (например, медицинских профессиональных ассоциаций), которые не справляются с задачей выработки и продвижения приоритетов и интересов регионального здравоохранения; краткосрочный горизонт планирования. Реальные выгоды от развития кластера появляются только через 5–7 лет, поэтому наличие устойчивой стратегии рассматривается как один из наиболее важных факторов его эффективного развития.

Для успешной реализации кластерного подхода региональные стратегии и стратегии развития отдельных кластеров, в частности здравоохранения, должны быть взаимно согласованы. При разработке региональной стратегии надо учесть, какие ключевые точки роста существуют в регионе и что могут сделать различные группы интересов для развития этих ключевых точек роста. В современных условиях речь идет не столько о том, что необходимость развития кластера здравоохранения должна быть прописана в региональной стратегии, а о том, что должен существовать консенсус между деловыми и административными элитами региона о необходимости развития кластера.

Наконец, внедрение кластеров в здравоохранении требует наличия формальной институциональной структуры, координирующей развитие кластера, со-

зданной с участием входящих в кластер организаций. Кроме того, кластеры требуют от своих участников доверия по отношению друг к другу и более длительного горизонта планирования. И с тем и с другим в большинстве случаев существуют проблемы. В этом случае определенной адаптацией кластерного подхода в системе здравоохранения, по мнению авторов, является создание кластеров при содействии органов государственной власти с использованием классических методов управления, т.е. кластерные и традици-

онные подходы к управлению в сфере здравоохранения могут эффективно дополнять друг друга.

Таким образом, совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в период реформирования системы должно основываться на принципах интеграции традиционных и современных методов и форм управления, адекватных сути рыночных социально-экономических преобразований, способствовать объединению разрозненных участников системы охраны здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кравцов А.С.* Электронный учебник по социальной гигиене и организации здравоохранения (электронный документ). <http://socmed.narod.ru>
2. *Чубарова Т.В.* Управление медицинскими учреждениями: Методологические подходы и новые тенденции // Главный врач. 2001. № 3. С. 21–24.
3. *Кучеренко В.З.* Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации (электронный документ): Библиотека проектов реформы здравоохранения. http://www.zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=804
4. *Тогунов И.А.* Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1998. № 3. С. 45–48.
5. *Кузнецов Г.Г.* Интегрированная система управления здравоохранением региона (электронный документ). http://www.fairs.ru/vist02/v_201102/thezis/thez_11.htm
6. Портер М. Конкуренция. Санкт-Петербург; Москва; Киев: Издательский дом «Вильямс», 2001.
7. *Raines P.* The cluster approach and the dynamics of regional policy-making // Regional and Industrial Policy Research Paper. University of Strathclyde, Glasgow. 2001. № 47.
8. *Ялов Д.А.* Кластерный подход как технология управления региональным экономическим развитием // Компас промышленной реструктуризации. 2003. № 3.

Статья представлена кафедрой «Налоги и налогообложение» экономического факультета Томского государственного университета, поступила в научную редакцию «Экономические науки» 14 мая 2005 г.