

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 336.58:614.2

С.А. Банин**ВНЕДРЕНИЕ ОДНОКАНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РФ: ОЦЕНКА
И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Рассматриваются современные направления финансирования медицинских организаций Российской Федерации. Предлагается вариант перехода на модель одноканального финансирования, которая позволит обеспечить прозрачность финансовых потоков, предоставить руководителям медицинских организаций возможность управления ресурсами в соответствии с реальными потребностями в расходах, повысить заинтересованность медицинских работников в оказании качественных медицинских услуг.

Ключевые слова: одноканальное финансирование, медицинские организации, модель.

Система здравоохранения Российской Федерации с 1993 г. функционирует в условиях «бюджетно-страховой» модели. Ее основными финансовыми параметрами являются:

- несколько источников финансирования (многоканальность), преимущественно за счет сочетания бюджетных подходов и страхового принципа создания фондов здравоохранения (налогообложение работодателей и платежей на неработающее население от органов исполнительной власти);
- ценообразование медицинских услуг по тарифам, имеющим в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) ограниченный набор ставок, определяющих затраты на медицинскую услугу;
- оплата медицинской помощи, основанная на различных вариантах учета деятельности медицинских организаций при предоставлении медицинских услуг;
- договорные (контрактные) отношения, устанавливающие порядок финансирования медицинских организаций страховщиками;
- планирование объемов медицинской помощи на основе установленных объемных и финансовых нормативов.

Данная модель признается большинством авторов безусловно как более прогрессивная по отношению к ранее используемой бюджетной системе финансирования медицинской помощи. Среди ее достоинств можно отметить потенциальную возможность развития рыночных отношений при предоставлении медицинских услуг; нацеленность не только на количество оказываемой помощи, но и на ее доступность и качество, что во многом связывают с постепенным переходом от принципов содержания лечебно-профилактических учреждений (input-based) к принципам оплаты за реально достигнутые результаты при осуществлении медицинской деятельности

(output-based), а также выстроенной системой защиты прав застрахованных; продвижение от административно-командных методов управления и планирования к приоритету преимущественно экономических методов управления и планирования; развитие многоукладной экономики здравоохранения, включающей различные варианты активного использования возможностей частного капитала, и др. Следует отметить, что бюджетно-страховая модель в сложные 90-е гг. позволила сохранить устои российского здравоохранения. Тем самым был обеспечен более плавный переход к системе охраны здоровья населения, основную парадигму которой Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет как «новый универсализм», базирующийся на принципах предоставления основных, основополагающих видов медицинских услуг при установленной экономической эффективности результатов деятельности системы здравоохранения, определяемой в основном по критериям затрат – эффективности [1, с. 18].

Тем не менее во многих научных исследованиях, посвященных анализу деятельности российского здравоохранения в условиях бюджетно-страховой модели, отмечаются ее негативные моменты. Так, в материалах российских и зарубежных авторов (В.И. Стародубов, Н.Б. Найговзина, И.М. Сон, И.А. Тогунов, М. Фотаки, Т.Н. Макарова, И.М. Шейман, Г.Г. Волокин, С. Хоканссон, Л.Е. Исакова, В.З. Кучеренко, В.М. Чернышев, В.Н. Денисов, Е.А. Финченко, Г.П. Дегтярев, С.В. Шишкин и мн. др.) подробно рассматриваются проблемы финансовых отношений бюджетно-страховой модели. Обобщая их, можно сделать следующие выводы. Бюджетно-страховая модель финансирования предусматривает наличие двух путей поступления средств в лечебные учреждения и, соответственно, двух систем управления. Существующая схема взаимодействия между ними – это чисто российское «изобретение», не имеющее аналогов в мировой практике и отличающееся несовершенством и несбалансированностью. Это приводит к проявлению комплекса проблем: недостаточность ресурсов для здравоохранения, дезинтеграция основных источников финансирования (бюджеты всех уровней и средства обязательного медицинского страхования), децентрализация бюджетов. Объемы медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства РФ, не гарантируются гражданам России, поскольку они жестко и прямо поставлены в зависимость от наличия реальных финансовых ресурсов на ее реализацию. А дефицит средств на исполнение Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, по разным источникам и регионам России, варьирует от 15–20 до 50% и более. При этом существуют взаимно неувязанные схемы управления финансовыми ресурсами, предусмотренными в разных бюджетах (федеральном, региональном, муниципальном, ведомственном), которые пока составляют большую долю в финансировании российского здравоохранения. До настоящего времени не существует положений, четко определяющих роль страховщиков как главных покупателей, «...при этом финансовые потоки ОМС и бюджета переплетаются, отчетность дублируется, контроль использования средств остается малоэффективным» [2]. К этому перечню Т.Н. Макарова (эксперт проекта ТАСИС) добавляет проблемы отсутствия целостно-

сти системы финансово-экономического стимулирования производителей медицинской помощи, «расколотость» производителей медицинских услуг на два «лагеря», что приводит к «...нарушению гармонии их экономических интересов, потере клинической преемственности в работе, а также срывам в медико-организационном взаимодействии» [3]. Причинами такой ситуации представители страховой медицинской организации РОСНО-МС (г. Москва) считают незавершенность действующей организационной модели системы ОМС, несбалансированность административных и рыночных рычагов управления [2].

Можно утверждать, что замедление темпов развития здравоохранения, снижение жизненного уровня и показателей здоровья населения во многом зависят и определяются финансовой моделью деятельности системы, ее подсистем. Однако R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos, van der Grinten T.E.D., P-G. Swenson и другие на большом материале анализа здравоохранения стран европейского континента приходят к выводу, что обсуждение различных стратегий реформирования страдает от недостаточности знаний о возможных последствиях их реализации, которые «...опираются преимущественно на здравый смысл и мало подкреплены достоверными данными» [4, с. 168]. Приступая к изменениям в системе финансирования сектора здравоохранения, эксперты ВОЗ A-P. Contandriopoulos, C. Cruz Rivero, M. Kaddar, G.G. Sikipa, O. Solon, J. Thomason и другие предупреждают о необходимости просчитывать последствия принимаемых решений.

Изменяя любой из параметров многогранной финансовой схемы (система вознаграждения, метод финансирования медицинской помощи или оплаты труда медицинских работников и др.), в результате можно получить совершенно неожиданный тип и качество отношений между медицинскими работниками и пациентами. «Можно повлиять на материальную доступность помощи и, следовательно, на состояние здоровья различных групп населения. От способа финансирования зависит рост расходов в секторе здравоохранения, место и тип обслуживания, численность и категория задействованного персонала», – говорится в докладе исследовательской группы ВОЗ [5]. Анализируя проблемы внедрения рынка в деятельность кооперативов врачей общей практики Великобритании, W. Bartlett приходит к выводу, что «ориентация на получение прибылей может подорвать доверительные отношения между врачом и больным» [6]. В этой связи, разрабатывая новые модели финансовых отношений, ВОЗ рекомендует обращать внимание не только на теоретические преимущества новых подходов, но и на эмпирические доказательства действенности различных путей реформирования финансовой системы [7, с. 121]. Для России это тем более актуально, так как опыт внедрения современных финансовых параметров деятельности можно оценить как крайне минимальный и, более того, на любые новации в сфере финансово-экономических отношений всегда накладывается «человеческий фактор».

Несмотря на наметившиеся в последние два года положительные тенденции, медико-демографические процессы, происходящие в Российской Федерации, остаются сложными: низкая рождаемость и высокая смертность за счет основных классов болезней, в первую очередь сердечно-сосудистых катастроф, травм, онкологических заболеваний, приводят к отрицательному

естественному приросту населения; более 30% умерших составляют граждане в трудоспособном возрасте; низкая ожидаемая продолжительность жизни; высокая младенческая смертность относительно развитых стран; не снижающийся уровень заболеваемости, в том числе первичной.

ВОЗ оценила эффективность страновых систем здравоохранения, увязав имеющиеся ресурсы с двумя параметрами: со средним состоянием здоровья (DALE) и с общим показателем достижения всех пяти целей функционирования системы здравоохранения (общий уровень здоровья; распределение уровня здоровья среди населения; общий уровень отзывчивости системы; распределение отзывчивости; распределение финансового вноса). Для оценки используется шкала, один конец которой устанавливает верхнюю границу, соответствующую наибольшему, чего можно ожидать от системы здравоохранения, другой – нижнюю границу наименьшего, чего можно потребовать от системы здравоохранения. Так получают общее представление о потенциале системы, т.е. о том, чего она могла бы достичь, если бы использовала тот же уровень ресурсов для подготовки и размещения иного количества и иного сочетания специалистов, зданий, оборудования и расходных материалов [1, с. 45]. А. Donabedian, J.R.C. Wheeler, L. Wyszewianski обращают внимание, что в таких сравнениях достоверным показателем ресурсов являются деньги, поскольку они используются для приобретения всего того, что реально вкладывается. Такая увязка конечного результата с оценкой минимальных и максимальных достижений и с использованием экономических ресурсов определяет общий показатель функционирования системы: хорошая работа означает движение от минимального достижения к максимальному [8]. К сожалению, из 191 страны мира Российская Федерация находится всего лишь на 127-м и 130-м месте соответственно указанным двум оценочным параметрам [1, с. 222–225].

К 2004 г. неудовлетворенность сложившейся системой стала столь очевидной, что необходимость модернизации российского здравоохранения была прямо озвучена Президентом России в его ежегодном послании. Президент России отметил, что «...разговоров об этом ведется много, но реальных шагов практически нет и значимых результатов не достигнуто» [9].

С.В. Шишкин, Н.Б. Канатова, С.В. Селезнева, В.А. Чернец считают, что в 2006 г. нововведения в организации финансирования и управления здравоохранением происходили во всех субъектах РФ, но большая их часть была обусловлена реализацией федерального законодательства о разграничении полномочий и выполнением приоритетного национального проекта «Здоровье», «...хотя почти в половине регионов (в 43) имели место отдельные нововведения, осуществленные по собственной инициативе. Наиболее инновативными (по разнообразию нововведений) оказались Белгородская область, Московская область, Республика Марий Эл, Саратовская область, Томская область» [10, с. 25].

По сути, такая ситуация сохраняется и по настоящее время. На сайте Министерства регионального развития размещен «Доклад об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам 2009 года». Там указано: перевод преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС свыше 80% учреждений

осуществили всего 8 регионов (Калининградская, Тюменская, Томская, Ростовская, Пензенская области, Республика Татарстан, Пермский край, Чукотский автономный округ) (в 2007 г. – 8, в 2008 г. – 5); финансирование по результатам деятельности на основании подушевого норматива на прикрепленное население – только в 11 регионах во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях; финансирование по результатам деятельности по законченному случаю внедрено во всех больничных учреждениях только в 13 субъектах Российской Федерации [11].

Таким образом, до настоящего времени здравоохранение Российской Федерации располагает преимущественно только теоретическими данными о направлениях реформ по созданию современной модели устойчивого финансирования медицинской помощи гражданам, а также отдельными эмпирическими свидетельствами эффективности внедряемых новаций. Автор считает, что в более-менее системном виде, но и со своими вариантами, новая система финансирования имеет место всего в 3 регионах России: Пермском крае, Калининградской и Томской областях.

Анализ мировой литературы свидетельствует, что в основе модели должны лежать ряд основополагающих моментов, определяющих сущность финансовых отношений в системе охраны здоровья населения: источники финансирования и существующие объемы финансовых потоков в здравоохранении, порядок и уровень расходов, необходимый для оказания медицинской помощи, требуемый уровень качества и доступности оказываемых услуг.

Существует множество подходов к установлению источников финансирования медицинских организаций. Всемирная организация здравоохранения выделяет четыре: поступления от общего налогообложения, взносы в систему обязательного медицинского страхования, взносы в систему добровольного (как правило, частного) медицинского страхования, непосредственные расчеты пациентов наличными с поставщиками медицинских услуг [7, с. 110]. М. Фотаки, постоянный эксперт проекта ТАСИС по медицинскому страхованию (ЕС), рассматривая финансирование систем здравоохранения в целях таксономии, указывает на такие преобладающие источники финансирования, как общие налоговые поступления национальных бюджетов (Великобритания, Дания, Норвегия); региональные налоговые поступления региональных бюджетов (Швеция); обязательные отчисления, привязанные к уровню доходов (Финляндия, Франция, Бельгия); частные источники (США, Швейцария) [12, с. 11].

В практике российского здравоохранения, как правило, выделяют несколько основных источников финансирования: средства бюджета (федерального, регионального, муниципального), средства медицинского страхования (страховые взносы работодателей и платеж органов исполнительной власти субъекта РФ на неработающее население), платные медицинские услуги. Однако автор считает, что этот перечень можно расширить. Так, в системе здравоохранения Томской области дополнительно поступают финансовые средства от спонсоров, от благотворительных организаций, от зарубежных партнеров. Только по грантам от зарубежных инвесторов в 2009 г. медицинские организации Томской области дополнительно получили 68,2 млн. руб. И.М. Сон в качестве источника функционирования российского здраво-

охранения указывает объем фармацевтического рынка, который (по данным исследовательской компании DSM Group) в 2009 г. достиг 18,36 млрд. USD [13]. Обобщая различные литературные данные, можно прийти к заключению, что в принципе существует четыре канала, по которым в медицинские учреждения поступают денежные средства: государственные ассигнования, частные источники, страховые компании и внешние источники.

Способы финансирования (получения ресурсов), по мнению ВОЗ, являются одной из системообразующих категорий, наряду с отношениями собственности, механизмами стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей), формами и методами контроля объема и качества медицинской помощи [1]. В этой связи экспертами Европейского бюро ВОЗ обращается внимание на то, что если финансирование большинства систем здравоохранения обеспечивается из целого ряда источников, то и оценка той или иной системы по такому принципу представляется проблематичной [7, с. 113]. Поэтому, оценивая национальные системы здравоохранения, ВОЗ рекомендует рассматривать их «с высокой степенью гибкости при указании на доминирующий вид финансирования, поскольку он не полностью описывает способ финансирования системы» [1].

Исходя из данного посыла, в теории организации и экономики здравоохранения выделяют три основные экономические модели национальных систем охраны здоровья граждан: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования (наиболее ярко она представлена здравоохранением США); государственная медицина с бюджетной системой финансирования (эта модель с 1948 г. существует в Великобритании; она характерна также для Ирландии, Дании, Португалии, Италии, Греции, Испании); здравоохранение, основанное на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования (ФРГ, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Голландия, Швейцария, Канада, Япония). В России, несмотря на то, что с финансовой точки зрения здравоохранение характеризуется как бюджетно-страховое, превалирующим источником до последнего времени является все же бюджет. С.В. Шишкин с соавт. приводят данные, согласно которым на 2006 г. – год, после которого в Российской Федерации наметились некоторые тенденции к переходу на новые способы финансирования, – только в 8 субъектах РФ, в том числе в Томской области, доля медицинского страхования составила чуть более 50% консолидированных средств бюджета регионального здравоохранения [10].

Анализ многочисленных публикаций по подходам к развитию финансовых отношений национальных систем здравоохранения показывает, что в целях достижения большей эффективности предлагается объединять источники ресурсов для предоставления «необычайно большого перечня различных видов помощи и услуг» [1, с. 83]. Речь идет, по сути, о степени интегрированности закупочной политики в сторону превалирования государственных или рыночных вариантов построения финансовой модели. Применительно к деятельности медицинских учреждений России в качестве более «продвинутой» рыночной модели выступает, несомненно, система обязательного медицин-

ского страхования. В этой связи С.В. Шишкин, рассматривая возможные сценарии эволюции системы медицинского страхования в контексте изменений социально-экономической ситуации в России, предлагает радикально решить проблему преодоления сложившегося двоевластия в общественном финансировании медицинской помощи населению: передать все средства, предназначенные для оплаты всех видов медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, фондам медицинского страхования [14]. Методической основой реализации этой идеи, по мнению И.А. Рождественской и С.В. Шишкина, должно быть финансирование медицинских организаций из одного источника – системы ОМС. Для этого государственные (бюджетные) средств, используемые в действующей модели для оплаты медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, направляются исключительно в фонды ОМС в качестве платежей на страхование неработающего населения.

Таким образом, базовая программа ОМС, охватывая основную часть видов и объемов медицинской помощи, становится превалирующим источником ее финансирования. За счет средств бюджета продолжают покрываться расходы на узкий круг социально значимых заболеваний, приобретение особо дорогостоящего оборудования, новое строительство – преимущественно на программной основе. «Реализация данной модели будет означать завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций», – считают ученые [15, с. 29].

Именно на таких принципах при участии автора была разработана и внедрена на территории Томской области в 2006 г. модель одноканального финансирования медицинских организаций. В качестве одного канала выступила система ОМС, в которую через платеж на неработающее население были введены средства бюджета. Это позволило сформировать полный тариф на расходы медицинских организаций. Финансовым базисом модели является подушное финансирование амбулаторно-поликлинических организаций, имеющих прикрепленное население, которым были предоставлены финансовые права и обязательства по взаиморасчетам со сторонними организациями, оказавшими медицинские услуги по направлению поликлиники (частичное фондодержание).

Предлагаемую финансовую схему можно выразить следующим образом: преимущественно одноканальное финансирование амбулаторно-поликлинических организаций любой формы собственности, участвующих в реализации областной программы ОМС и имеющих застрахованное по ОМС прикрепленное население, по дифференцированному подушному нормативу; дифференцированный подушное норматив включает в себя полный тариф, позволяющий обеспечить расходы на собственную деятельность и осуществить взаиморасчеты со сторонними организациями-исполнителями, которые оказывают медицинские услуги также по утвержденному согласительной комиссией полному тарифу. Для медицинской организации именно полный тариф является материальным выражением одноканального финансирования. Таким образом, одноканальное финансирование через систему ОМС – это создание финансово-экономических и организационных условий для реали-

зации прав пациентов на качественную медицинскую помощь, обеспеченную всеми ресурсами системы ОМС.

В 2006 г. платеж на неработающее население достиг 1 543, 359 млн. руб., т.е. темп роста составил 1,99 раза к предыдущему году (табл. 1).

Таблица 1

**Динамика и исполнение страхового взноса на неработающее население
в Томской области**

Годы	Страховой взнос на неработающее население, млн. руб.	
	План	Факт
2000	142,863	135,752
2001	247,143	242,332
2002	340,717	335,265
2003	351,869	351,870
2004	478,120	478,120
2005	762,093	762,093
2006	1543,359	1543,359
2007	1624,772	1624,772
2008	2139,319	2139,319
2009	2177,814	2177,814

Источник: по данным департамента здравоохранения Томской области.

При этом если платеж на одного работающего застрахованного увеличился крайне незначительно (1636,3 руб. в 2005 г. и 1736,4 руб. в 2006 г.), то платеж на одного неработающего застрахованного увеличился с 1235,9 руб. в 2005 г. до 2494,7 руб. в 2006 г., или в 2,02 раза. Соответственно подушевые нормативы финансирования областной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Томской области на 2006 г. по сравнению с аналогичной программой 2005 г. увеличились на 66,8 %: с 1677,3 руб./чел. до 2509,0 руб./чел.

Стоит отметить, что фактическое исполнение объемов страховых взносов на неработающее население начиная с 2003 г. полностью соответствует плановой величине.

Доля средств ОМС в общем объеме финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Томской области составила: 2005 г. – 64,8%, 2006 г. – 65,1%, 2007 г. – 67,5%, 2008 г. – 68,2%, 2009 г. – 68,6%. По учреждениям, работающим в системе ОМС, соотношение средств ОМС и средств бюджета соответствующего уровня в общем объеме финансирования учреждений здравоохранения равно 81/19%.

Поскольку в рамках данной модели были объединены два основных источника (средства бюджета и ОМС), а остальные источники остались за рамками внедренного варианта, то автор считает, что более корректно говорить о «преимущественно одноканальном финансировании». Если посмотреть долю средств ОМС среди всех источников, то ее динамика из года в год возрастает (табл. 2).

Таблица 2

Динамика структуры основных источников финансирования здравоохранения (%)

Показатели	Годы									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Расходы консолидированного бюджета (без платежа на неработающее население)	55,94	54,43	46,00	48,44	47,01	51,78	43,29	46,74	44,22	35,62
Бюджет фонда ОМС с учётом платежа на неработающее население	44,06	40,74	48,16	44,48	45,43	40,16	50,08	47,3	48,64	56,32

Источник: по данным департамента здравоохранения Томской области.

Опыт пятилетней реализации представленной выше модели модернизации системы финансирования медицинских организаций позволяет автору прийти к заключению о правомерности выбранного пути. Внедрение системы одноканального финансирования, частичного фондодержания не привело к дестабилизации деятельности медицинских организаций области: по итогам 2009 г. только 3 учреждения из 51 работающего в системе ОМС вызывали тревогу по поводу результатов своей финансово-хозяйственной деятельности; абсолютное большинство учреждений имело положительный баланс, а значит, и реальные возможности для развития. Впервые с начала 90-х гг. в Томской области по итогам 2009 г. зарегистрировано превышение рождаемости над смертностью, т.е. положительный естественный прирост населения; на протяжении последних четырех лет в области нет роста общей и первичной заболеваемости населения. Улучшились и другие показатели результативности в деятельности медицинских организаций и состоянии здоровья граждан. Таким образом, в Томской области внедрение одноканального финансирования позволило заложить прочные основы современной модели предоставления медицинских услуг, эволюционным путем постепенно продвигаясь в сторону ее дальнейшего совершенствования. Автор поддерживает мнение R.B. Saltman и C.von Otter о том, что такая модель модернизации является наиболее приемлемым вариантом реформирования национальных систем здравоохранения, так называемым «третьим путем»: между жесткими командно-административными методами управления и неограниченной свободой конкуренции между частными предпринимателями [4, с. 81].

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. // Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000. 258 с.
2. Гурдус В.О., Айвазова М.В. Некоторые итоги развития конкуренции в системе здравоохранения и медицинского страхования России [Электронный ресурс]: Материалы международной конференции, Ярославль, 7–8 декабря 1999 г. «Управление в системе медицинского страхования в России – региональные аспекты»/ Под общ. ред. Л.Н. Шолло, М. Фотаки. М., 2000. С. 36–38. URL: <http://www.zdravinform.ru/pub/EU.1997.C.66.R.doc>. (дата обращения: 15.11.2010).
3. Макарова Т.Н. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи: российский опыт 1988–1999 гг. (Анализ результатов и предложения по дальнейшему реформированию) [Электронный ресурс] // ТАСИС, проект «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение». М., 2000. 35 с.

URL: <http://www.zdravinform.ru/pub/EU.1997.C.21.R.doc>. (дата обращения: 15.11.2010).

4. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / Под ред. Р.Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос: Пер. с англ. М.: Весь Мир, 2002. 272 с.

5. Оценка последних изменений в финансировании служб здравоохранения: Доклад исследовательской группы ВОЗ // Серия технических докладов ВОЗ: 829. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. 112 с.

6. Bartlett W. The regulation of general practice in the UK // International Journal of Health Planning and Management. 1996. № 11. Р. 3–18.

7. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 // Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. Копенгаген, 2002. № 97. 165 с.

8. Donabedian A., Wheeler J.R.C., Wyszewianski L. Quality, cost and health: an integrative model // Medical Care. 1982. № 20. Р. 975–992.

9. Послание Президента РФ Федеральному собранию Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/text/appears/2004/05/64879.shtml> (дата обращения 06.10.2010).

10. Шишкин С.В., Канатова Н.Б., Селезнева С.В., Чернец В.А. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2006 году. Общая характеристика // Программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ». М.: Независимый институт социальной политики, 2007. 46 с.

11. Доклад об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам 2009 года [Электронный ресурс]. URL: http://www.minregion.ru/upload/02_dtp/100827_doklad.pdf (дата обращения 10.11.2010).

12. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в российской системе здравоохранения в свете международного опыта // ТАСИС, проект EDRUS 9605 «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение» / Компонент «медицинское страхование: общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». М., 1999. С. 5–27.

13. Оценка деятельности системы здравоохранения в Российской Федерации / Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: www.mednet.ru (дата обращения 10.11.2010).

14. Шишкин С.В. Возможные сценарии эволюции системы медицинского страхования в контексте изменений социально-экономической ситуации в России [Электронный ресурс] // ТАСИС, проект EDRUS 9605 «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение» / Компонент «медицинское страхование: общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». М., 1999. С. 28–36. URL: <http://www.zdravinform.ru/pub/EU.1997.C.67.R.doc>. (дата обращения 10.11.2010).

15. Рождественская И.А., Шишкин С.В. Рекомендации по организации взаимодействия территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] // ТАСИС «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М., 2000. 40 с. URL: http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=800 (дата обращения 13.11.2010).