Система оказания скорой медицинской помощи городскому населению: проблемы и направления совершенствования

Зенкин Н.Г.

Emergency service system for urban population: problems and directions of perfection

Zenkin N.G.

Управление здравоохранения администрации г. Томска

© Зенкин Н.Г.

Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи. Основными задачами в настоящее время являются: разработка и внедрение в практику экономических механизмов управления первичной и скорой медицинской помощью; подготовка и утверждение положения о службе скорой медицинской помощи и организации ее деятельности в повседневном режиме и в условиях чрезвычайных ситуаций; формирование нормативно-методической правовой базы для оптимизации функционирования учреждений, подразделений и специалистов скорой медицинской помощи; разработка рекомендуемых моделей региональных программ развития и преобразования службы скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, управление, реформирование.

Perfection of emergency service is one of the most important task of the structure reforming of public health protection. Currently, the main tasks are: development and application of economic mechanisms of the primary and acute medical aid control; preparation and approval of the regulation of emergency service and organization of its activity in routine and in extraordinary situations; formation of standard methodical legal foundation for optimization of the functioning of institutions, departments and emergency specialists; development of recommended models of regional programs of emergency service development and reorganization in regions of Russian Federation.

Key words: emergency, control, reforming.

УДК 615(092)

Введение

Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи.

Укомплектованность подразделений скорой медицинской помощи (СМП) врачебными кадрами возросла за последние три года до 90%, а показатель обеспеченности врачами на 1000 населения достиг 1,2. Отмечается рост числа специализированных бригад скорой медицинской помощи на 11% при снижении количества линейных врачебных бригад на 2,2% и фельдшерских бригад на 6,0% [1, 9, 13].

Вместе с тем сложившаяся система организации скорой медицинской помощи населению, ориентированная на оказание пациентам максимального объема помощи на догоспитальном этапе, не обеспечивает необходимой эффективности, являясь к тому же высокочувствительной. Как показывает анализ, почти в 60% случаев служба скорой медицинской помощи выполняет не свойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных. Значительное количество выездов бригад скорой медицинской помощи к больным, нуждающимся в экстренном поддержании жизненных функций, на места происшествий выполняется несвоевременно. Крайне неэффективно используются специализированные

врачебные бригады, будучи большую часть времени незадействованными или выполняя непрофильные вызовы [14, 15, 18].

Негативно отражается на конечных результатах скорой медицинской помощи отсутствие системы

подготовки населения по оказанию первичной медицинской само- и взаимопомощи. Ее приемами не владеют даже работники милиции, государственной инспекции безопасности дорожного движения, пожарной службы. Все это свидетельствует о необходимости совершенствования службы скорой медицинской помощи. Основными ее задачами на современном этапе должно являться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Необходимо повысить роль и эффективность использования врачебных бригад скорой медицинской помощи в качестве бригад интенсивной терапии и, при необходимости, узкоспециализированных бригад.

Успешное решение проблем организации и оказания населению неотложной медицинской помощи возможно только с одновременным решением вопросов совершенствования работы амбулаторно-поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной практики (семейного врача), стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и т.д.

Медико-технологические аспекты организации службы скорой медицинской помощи

Первоочередной задачей реформирования здравоохранения является проведение структурных преобразований в системе предоставления первичной медико-санитарной помощи, сокращение и рационализация коечного фонда, уменьшение объемов дорогостоящей стационарной по-

мощи при одновременном увеличении объемов услуг в дневных стационарах и др. [2, 6, 8].

В систему Министерства здравоохранения РФ входит 18 тыс. лечебно-профилактических учреждений на 1 млн 600 тыс. коек и 1,3 млрд посещений, в том числе: 9 тыс. 94 больницы, 1 тыс. 561 специализированный диспансер, 6 тыс. 307 самостоятельных поликлиник.

Кроме этого, в отрасли работает 197 самостоятельных станций переливания крови, 3 тыс. 142 станции скорой медицинской помощи, 43 тыс. 466 фельдшерско-акушерских пунктов, 63 специализированных яслей-садов на 4 тыс. 249 мест и 250 домов ребенка на 22 тыс. 39 мест.

Ежегодно в среднем каждый третий житель России вызывает скорую медицинскую помощь, каждый четвертый госпитализируется в стационар и каждый житель страны девять раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

В учреждениях Министерства здравоохранения РФ работают более 3 млн человек, в том числе 2 млн врачей, медицинских сестер и фармацевтов.

Приоритетным направлением совершенствования оказания медицинской помощи населению являются формирование системы единого лечащего врача — врача общей врачебной семейной практики. За пять лет подготовлено около 2 тыс. врачей общей практики, что очень мало для действительной реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи [2, 11, 13].

Произошло увеличение общего количества врачей, при этом нагрузка врача в поликлинике в настоящее время стала значительно меньше. До сих пор не определен механизм проведения профилактической работы, которую должен осуществлять врач амбулаторно-поликлинической сети и врач общей практики.

Важным звеном реформы догоспитального этапа в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации является совершенствование организации службы скорой медицинской помощи. Инфраструктура скорой медицинской помощи в стране достаточно развита и представлена более чем 3,1 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи, в которых функционируют около 5,8 тыс. специализированных бригад. В

течение года скорая медицинская помощь оказывается более чем 50 млн человек [6, 19].

Осуществляется постепенное преобразование службы скорой медицинской помощи в соответствии с задачами, определенными приказом Минздрава РФ от 26.03.1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации», направленное на уменьшение затратности и повышение эффективности оказания медицинской помощи при острых и неотложных состояниях.

Для населения вызов бригады скорой медицинской помощи зачастую оказывается последней надеждой на жизнь и сохранение здоровья. По результатам работы именно скорой помощи граждане и представители власти во многом оценивают уровень и состояние здравоохранения в целом. Последние трагические события в России и за рубежом, связанные с проявлениями международного терроризма, подняли статус скорой медицинской помощи до уровня национальной безопасности.

Результаты многочисленных исследований [1, 4, 7, 8] показывают, что негативные медико-демографические последствия кризиса 90-х гг. существенно отразились на системе оказания скорой медицинской помощи. Помимо роста смертности и изменений в структуре заболеваемости, одной из ведущих тенденций на современном этапе стало увеличение доли пациентов, нуждающихся в экстренной помощи.

Увеличение доли экстренной помощи отрицательно влияет на экономическое состояние отрасли. В настоящее время в этом секторе уже сосредоточено более половины средств здравоохранения. В структуре расходов на оказание медицинской помощи населению на долю скорой помощи на догоспитальном этапе приходится более 10% от бюджета здравоохранения, а на госпитальном этапе — около 65% от всех расходов на стационарную помощь. Таким образом, в этой сфере аккумулируется в целом около 50% средств, направляемых на охрану здоровья в регионах [12, 18].

Важнейшим фактором, обуславливающим рост потребности в экстренной помощи, является ослабление профилактической направленности

первичной медико-санитарной помощи, хронизация течения заболеваний. По данным ряда ученых, около 5% хронических больных в течение года потребляют 25% объема скорой медицинской помощи.

Для трудоспособного населения возрастающая потребность в скорой медицинской помощи обоснована материально-производственными мотивационными факторами: боязнь лишиться работы, потерять часть заработка и т.п. Это приводит к поздней обращаемости и сопряжено с развитием осложнений, вплоть до жизнеугрожающих. Очевидно, что все перечисленные тенденции носят долговременный характер, что обуславливает особую актуальность вопросов оказания скорой медицинской помощи населению. Количество госпитализированных из числа обслуженных скорой медицинской помощью на догоспитальном этапе составило всего 15,7%.

Вместе с тем в 2001 г. в городах Российской Федерации около 60% пациентов стационаров были госпитализированы по неотложным показаниям.

За последние 10 лет число вызовов скорой помощи увеличилось на 30%, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, выросла почти в 3 раза. Лишь за два последних года ежегодный прирост госпитализации по экстренным показаниям в городах и сельской местности составил более 10%. Особая тяжесть ургентных больных и пострадавших обуславливает высокую летальность, длительную утрату трудоспособности и увеличивающийся уровень инвалидизации. Более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации. Неотложные патологические состояния, травмы и отравления занимают первое место среди причин смертности у лиц трудоспособного возраста.

На госпитальном этапе в большинстве регионов к оказанию скорой медицинской помощи наравне с многопрофильными стационарами широко привлекаются маломощные больницы, зачастую не имеющие необходимого набора специалистов и соответствующих лечебно-диагностических технологий.

Смешанный тип финансирования госпитального звена скорой медицинской помощи осуществляется по стандартам, разработанным по нозологическому принципу для планово госпитализированных больных, что не соответствует подходам и объемам оказания скорой медицинской помощи [10, 16, 20].

Проблема подготовки медицинских кадров для скорой помощи остается актуальной. Большинство бригад скорой помощи в настоящее время укомплектованы специалистами, не прошедшими необходимой подготовки, а повышение квалификации осуществляется нерегулярно. Только 15% врачей СМП имеют сертификат специалиста, менее 30% аттестованы на квалификационную категорию [3].

Все перечисленные тенденции носят долгосрочный характер, что вызвано особой актуальностью оказания скорой медицинской помощи населению.

Помимо увеличения потребности в скорой медицинской помощи, изменилось и ее содержание. В широкую, повседневную клиническую практику вошли современные технологии. Экстренная медицина и по порядку оказания, и по содержанию становится все более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим.

В настоящее время в оказании этого вида помощи участвуют более 3 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи, 47 больниц скорой медицинской помощи, 2 профильных научно-исследовательских института, а также в той или иной степени большинство общесоматических и специализированных стационаров.

Организационно-экономические аспекты управления системой скорой медицинской помощи

Нормативная база, регламентирующая оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, устарела и содержит ряд серьезных противоречий. Статус больниц скорой медицинской помощи был определен приказом Министерства здравоохранения СССР от 20.05.1988 г. № 404, а также приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.04.1998 г. № 110 как стацио-

нарных учреждений, имеющих в своем составе станцию скорой медицинской помощи на правах структурного подразделения. Вместе с тем в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.03.1999 г. № 100 станции скорой медицинской помощи являются самостоятельными юридическими лицами, что привело к правовой неопределенности больниц скорой медицинской помощи (БСМП). В результате за три года их число уменьшилось с 59 в 1999 г. до 47 в 2002 г.

Формирование штатов БСМП основывается преимущественно на нормативах, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения СССР от 06.06.1979 г. № 600, не учитывающим специфики нагрузки персонала при оказании скорой медицинской помощи. Они были разработаны в 70-е гг. и ориентированы на 20%-ю долю экстренных больных в составе госпитализируемых. Современные расчеты свидетельствуют, что в учреждениях, оказывающих преимущественно СМП, трудозатраты персонала увеличиваются на 60—70%, а использование коечного фонда гораздо интенсивнее (оборот койко-места свыше 35—40 в год), что требует дополнительно увеличения персонала на 25—30%.

Одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. Доля фельдшерских бригад по территориям составляет от 40 до 60%, при этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад, привлекаемых на вызовы и транспортировку, где пособие предоставляется в объеме доврачебной помощи.

Серьезным сдерживающим фактором в совершенствовании организации скорой медицинской помощи является отсутствие четкой системы управления этим сектором здравоохранения на всех уровнях [12, 17].

Проблемы управления усугубляются отсутствием надежной системы мониторинга в разделе скорой медицинской помощи. Существующие формы государственной отчетности не отражают реальной потребности и обеспеченности населения этим видом медицинской помощи.

Планирование мощностей подстанций и бригад СМП опирается на общие нормативы, основанные на количестве проживающего на территории населения, что не позволяет учитывать особенности региона.

Среди основных проблем развития скорой медицинской помощи на современном этапе можно отметить следующие:

- противоречивая нормативно-правовая база, не отражающая современных организационных и технологических особенностей оказания скорой медицинской помощи;

- отсутствие единой системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью в Российской Федерации в целом и на отдельных территориях в частности;

- высокая доля несвойственной нагрузки на догоспитальном этапе и недостаточно эффективная структура оказания скорой помощи на госпитальном этапе;

- отсутствие единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания скорой медицинской помощи, учитывающих этапы ее оказания и отражающие преемственность, объемы и виды помощи;

- неэффективная система тарификации и оплаты скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, тормозящая интенсивное использование коечного фонда и его реструктуризацию;

- недостаточное взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной помощи.

Основные направления реформирования системы оказания скорой медицинской помощи

В течение последних лет рядом исследователей был проведен анализ состояния и основных тенденций развития скорой медицинской помощи [1, 6, 18, 19]. Принципиальным положением является представление о скорой помощи как о функционально едином технологическом процессе оказания медицинской помощи населению при неотложных состояниях на всех этапах.

Следует уточнить, что речь ни в коем случае не идет об административном переподчинении

станций и больниц СМП. Такое подчинение зачастую не только бесполезно, но и вредно. Сегодня речь идет о функционально единой системе скорой медицинской помощи, главными и равноправными элементами которой являются структуры догоспитального и госпитального этапов с единой отчетностью на региональном и федеральном уровне.

При этом технологическое единство этапов должно быть обусловлено прозрачной системой мониторинга и конечных результатов оказания скорой помощи, системой сквозных стандартов и организационно-методическим обеспечением [5].

Важнейшими компонентами системы скорой медицинской помощи являются научные учреждения.

С одной стороны, Россия — единственная страна в мире, имеющая два специализированных научно-исследовательских института скорой помощи. С другой стороны — это единственные государственные НИИ городского подчинения, функционирующие на средства городских бюджетов и призванные в связи с этим решать задачи своих субъектов.

Актуальной проблемой остается повышение качества и медико-экономической эффективности скорой медицинской помощи, выравнивание условий ее предоставления на всей территории Российской Федерации, первоочередное внедрение современных медицинских технологий в этот сектор, совершенствование системы подготовки кадров. Для достижения этого предусмотрен комплекс мероприятий, которые можно сгруппировать по следующим направлениям.

Необходимо развитие системы мониторинга ситуации в скорой медицинской помощи, разработка и апробация новых карт вызова бригады СМП. Принципиальными требованиями к новому талону являются: объективизация оценок состояния urgentного больного или пострадавшего, конкретизация объема оказанной помощи и механизмы самоконтроля деятельности персонала.

На уровне отчетов о деятельности ЛПУ и отчетов о деятельности сети (формы 30, 47) следует ввести показатель, характеризующий порядок обращения за медицинской помощью, учесть экстренный ее характер. Внесение этих изменений

позволит обеспечить преемственность в работе догоспитального и госпитального звеньев, сквозной характер контроля качества, оценить ситуацию на территориях и в РФ в целом. Эти данные станут объективным источником информации, на основе которой планируется разработать единую систему оценки организации скорой медицинской помощи на территориях. Необходима адаптация служб скорой медицинской помощи к современным формам финансирования.

Следующее важнейшее направление — совершенствование системы управления. В последние годы Министерством здравоохранения РФ многое сделано для восстановления управленческой вертикали. Сегодня это остро необходимо в сфере скорой помощи. На смену структурному принципу управления должен прийти функциональный принцип управления оказанием скорой медицинской помощи на всех этапах. Необходима эффективная координация деятельности структур, занимающихся научным и методическим обеспечением скорой помощи, подготовкой кадров. В соответствии с разделением полномочий и ответственности программой предусматривается формирование 3-уровневой системы управления.

Следующее основное направление — совершенствование структуры скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе это связано в первую очередь со снижением необоснованной нагрузки в городах за счет оказания помощи на дому. Очевидно, что эта непрофильная для службы скорой помощи нагрузка является дорогостоящим вариантом дублирования работы первичного звена, а с экономической точки зрения — нецелевым расходом бюджетных средств на оказание помощи, входящей в систему ОМС. В этом направлении в городах должен быть предусмотрен ряд организационно-экономических мер: дифференциация помощи на собственно скорую и помощь на дому. В то же время в сельской местности служба скорой медицинской помощи в обозримом будущем будет являться единственной реальной формой медицинского обслуживания населения.

Еще один важный принцип совершенствования структуры скорой медицинской помощи — ее

типологизация. Очевидно, что в нашей стране невозможно продумать единую модель организации, которая устроила бы мегаполисы и, например, отдаленные районы Сибири. С этим вопросом тесно связана проблема стандартизации.

Принципиальным моментом является сквозной характер стандартов. Они должны отражать преемственность и этапность оказания скорой медицинской помощи. Программой предусматривается разработка системы требований к техническому и иному обеспечению всех этапов скорой медицинской помощи, к применяемым медицинским технологиям (требования к процессу) и, наконец, требования к результату оказанной скорой медицинской помощи на всех этапах.

Разработка и внедрение стандартов станет мощным механизмом развития скорой медицинской помощи. Это важнейший инструмент защиты врача и пациента и основа системы управления качеством помощи. При этом предусматривается разработка методик анализа, охватывающая догоспитальный и госпитальный этапы. В этом смысле введение новой карты вызова бригады, о которой сказано выше, становится абсолютно необходимым.

Важным аспектом развития системы скорой медицинской помощи является совершенствование ее научного обеспечения.

Вопрос совершенствования подготовки кадров — также одно из ведущих направлений развития скорой медицинской помощи. Необходима разработка общих требований к подготовке и переподготовке персонала.

Один из важнейших по значению вопрос — совершенствование взаимодействия, в том числе межведомственного, при ликвидации чрезвычайных ситуаций. Речь должна идти не об административном подчинении одних структур другим, а о четком детальном регулировании взаимодействия медицинской службы — структур догоспитального и госпитального этапов — с МЧС, МВД и другими ведомствами.

Инициировать этот процесс можно путем подготовки положения об организации взаимодействия при ликвидации чрезвычайных ситуаций и

поддержания готовности ЛПУ к работе в нештатном режиме. Объем работы службы скорой медицинской помощи на 9,8% состоит в оказании медпомощи в обычном режиме, по поводу обычных заболеваний и повреждений, и только в 0,2% — по поводу ликвидаций последствий чрезвычайных ситуаций. Даже при чрезвычайных ситуациях ликвидация медико-санитарных последствий не ограничивается догоспитальным этапом, а продолжается и в условиях стационаров. И, наконец, структурной основой оказания медицинской помощи при ЧС всегда будут учреждения лечебно-профилактической сети.

Актуальной проблемой является формирование базы для глубокого совершенствования системы скорой медицинской помощи на основе принципов единства, преемственности и этапности. Такой подход позволит обеспечить подъем качества помощи, эффективности использования дорогостоящих ресурсов скорой медицинской помощи.

Необходимо обеспечить практические гарантии прав граждан на получение квалифицированной и специализированной скорой медицинской помощи, выровнять условия оказания скорой медицинской помощи в регионах РФ.

Заключение

Все изложенные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования службы скорой медицинской помощи. Основными ее задачами на современном этапе должны являться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. В связи с этим важной тенденцией в настоящее время является постепенная переориентация с оказания помощи линейными врачебными на линейные фельдшерские бригады.

В то же время сохраняются высокоспециализированные врачебные реанимационные бригады с учетом потребности, а также осуществляются меры по подготовке и повышению квалификации фельдшеров скорой помощи, обновлению

автотранспортного парка и оснащению современным портативным оборудованием.

Однако, как свидетельствуют результаты проверок организации службы скорой медицинской помощи в отдельных регионах, проведенных Минздравом РФ, отсутствие экономических механизмов мотивации первичного звена здравоохранения к профилактике заболеваний и их обострений приводит к повышению нагрузки на службу скорой медицинской помощи и выполнению ее специалистами несвойственных функций. До 40% объема работы подразделений скорой и неотложной помощи в настоящее время продолжает занимать помощь на дому при развитии острых и обострении хронических заболеваний.

Серьезным сдерживающим фактором в совершенствовании организации скорой медицинской помощи является отсутствие четкой системы управления как на территориальном, так и на федеральном уровне. Существовавшие в конце 80-х гг. подразделения, курирующие вопросы скорой медицинской помощи в Министерстве здравоохранения СССР, краевых и областных центрах, созданные во исполнение приказа Министерства здравоохранения СССР от 20.05.1988 г. № 404 в настоящее время ликвидированы. Следствием этого является недостаточное взаимодействие и неэффективная координация структур, участвующих в практическом оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, в их научном и методическом обеспечении, вопросах подготовки и переподготовки кадров.

Проблемы управления усугубляются отсутствием надежной системы мониторинга в сфере экстренной медицины. Существующие формы государственной отчетности не отражают реальной потребности и обеспеченности населения скорой медицинской помощью.

Нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы организации скорой медицинской помощи, в основном сложилась в период 70—80-х гг. и не отражает современных особенностей оказания СМП.

Основными задачами на сегодняшний день являются:

— разработка и внедрение в практику экономических механизмов управления первичной и скорой медицинской помощью;

— подготовка и утверждение положения о службе скорой медицинской помощи и организации ее деятельности в повседневном режиме и в условиях чрезвычайных ситуаций;

— формирование нормативно-методической правовой базы для оптимизации функционирования учреждений, подразделений и специалистов скорой медицинской помощи;

— разработка рекомендуемых моделей региональных программ развития и преобразования службы скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Литература

1. Боженков Ю.Г., Степанков Ю.П., Ткаченко Т.В., Говорова Н.В. Неотложная медицинская помощь. М.: Медицинская книга, 2001. 250 с.
2. Борисов С.Е. Современные тенденции развития общих систем охраны здоровья населения // Медицинская помощь. 2003. < 4. С. 11—14.
3. Ефимова И.А., Камаев И.А., Поздеева Т.В., Позднякова М.А., Большакова О.М. Актуальные вопросы кадрового обеспечения здравоохранения // Здравоохранение РФ. 2003. < 1. С. 25—27.
4. Карпеев А.А., Мыльникова Л.А. Оперативно-диспетчерская система скорой медицинской помощи // Здравоохранение РФ. 2001. < 2. С. 23—25.
5. Кочубей А.В. Проблемы стандартизации в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. < 3. С. 19—22.
6. Медик В.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование динамики здоровья населения и обоснование концептуальной модели реформы здравоохранения на региональном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новгород, 1996. 375 с.
7. Посекунов А.Е., Захарова О.И., Булдыжова О.В. Управление станцией скорой медицинской помощи в г. Барнауле на основе использования АКЗ «АСУ — скорая помощь» // II межрегиональная электронная научно-практическая конференция «Пути совершенствования первичной медико-санитарной помощи в агропромышленном регионе». Барнаул, 2002. С. 42—44.
8. Сельцовский А.П. Пути дальнейшего развития городского здравоохранения // Здравоохранение РФ. 1999. < 12. С. 42—46.
9. Тишук Е.А., Щепин В.О. Актуальные проблемы первичной медико-санитарной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. < 2. С. 28—30.
10. Тогунов И.А. Взаимоотношения ресурсов и технологий в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. < 5. С. 30—32.
11. Ханкоев И.М. Реструктуризация стационарной медицинской помощи населению крупного города // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. < 6. С. 37—40.
12. Ханкоев И.М., Харакоз О.С., Овчаров В.К. Развитие организационных технологий в оптимизации медицинской помощи населению региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. < 2. С. 26—30.
13. Шевченко Ю.Л. О первоочередных мерах по развитию системы здравоохранения в Российской Федерации // Здравоохранение РФ. 2000. < 2. С. 3—6.
14. Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000—2004 гг. и на период до 2010 г. // Здравоохранение РФ. 2000. < 6. С. 3—8.
15. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. < 5, 6. С. 45—48.
16. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования системы лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации в последнее десятилетие // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. < 1. С. 36—38.
17. Щепин О.П., Овчаров В.К. К оптимизации системы медицинской помощи населению в условиях межрегионального развития здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. < 5. С. 27—30.
18. Элькис И.С. Организация службы скорой медицинской помощи в г. Москве // Здравоохранение РФ. 1999. < 12. С. 52—55.
19. Элькис И.С. Совершенствование управления скорой и неотложной медицинской помощью в крупнейшем мегаполисе (г. Москва): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997. 320 с.

20. Яковлев Е.П. Муниципальный заказ на оказание медицинской помощи населению конкретной территории как вариант текущего планирования

(расчет критического объема услуг) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. $\times$ 2. С. 41—46.

Поступила в редакцию 10.11.2003 г.