

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСИЯ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ

© 2011 Т.Н. Неровня

доктор экономических наук, профессор

Северо-Кавказский институт - филиал

Российской академии народного хозяйства и государственной службы

при Президенте Российской Федерации, г. Пятигорск

E-mail: ntn200853@mail.ru

Активный многоплановый процесс социально-экономических трансформаций требует пересмотра существа преобразований, переоценки факторов и результатов изменений в сфере медицинских услуг, а также создания серьезной теоретической базы, необходимой для составления взвешенных прогнозов развития этой сферы как основы национальной системы здравоохранения. В этой связи появляется потребность в исследовании рефлексии сферы медицинских услуг на трансформационные явления в обществе и в экономике.

Ключевые слова: здоровье человека как экономическая проблема, человеческий капитал, здравоохранение как атрибут качества и уровня жизни, медицинская услуга, сфера медицинских услуг, национальная система медицинских услуг и ее уровни: сущность и проблемы развития.

В результате перехода к рынку россияне были поставлены перед фактом: у здоровья человека появился новый институциональный статус, его сохранение превратилось в чрезвычайно важную экономическую проблему, а сфера медицинских услуг, как и сфера образования, стала полноценной отраслью экономики и пространством формирования и прирастания самой большой ценности в обществе - человеческого капитала.

Врачи, социологи, экономисты и ранее рассматривали уровень развития медицинского обслуживания людей и здоровье населения как показатель благополучия нации. Однако в массовом сознании россиян отсутствовал идеал здоровья как смысл бытия и общественного престижа нации и личности в цивилизованном обществе. Человек и его здоровье не были ни нравственной, ни экономической ценностью. Соответственно, сфера медицинских услуг, как и другие компоненты социальной сферы, финансировалась по остаточному принципу, наблюдалось существенное пренебрежение государственными стандартами в области гигиены, токсикологии, радиационной защиты, эргономики, нормирования труда во вредных условиях производства.

Несмотря на то, что еще в середине XX в. Конституцией СССР законодательно были закреплены права граждан на жизнь, на охрану здоровья, на защиту материнства и детства, на социально-медицинскую помощь инвалидам и ли-

цам, работающим во вредных условиях, уже в этот период в системе отечественного здравоохранения, в основе которой лежит все та же сфера медицинских услуг, все больше стали давать о себе знать "болевые точки", т.е. проблемы, негативно влияющие на состояние, прежде всего, общественного здоровья и медицинского обслуживания. За годы советской власти появился и заметно окреп феномен так называемого болезнецентрического устройства системы медицинского обслуживания. Основным принцип ее построения был в том, что вопросы диагностики и лечения болезни находились в несомненном приоритете перед профилактикой, особенно, если речь шла о профилактике неинфекционных заболеваний или об активном сохранении и восстановлении здоровья.

Данная ситуация сложилась под воздействием большого числа социокультурных (главенство политических доктрин над здравым смыслом, исторически обусловленная специфика российского менталитета, гипертрофированно понимаемый гуманизм), экономических (недостаточное финансирование сферы медицинских услуг, экологический, социальный, бытовой дискомфорт, большие эргономические недостатки средств и орудий труда, отсутствие нормальных жилищ и сбалансированного питания) факторов. Система медицинского обслуживания в СССР была нацелена преимущественно на больных людей. Это

им направлялись почти все социальные и медицинские ресурсы. Больные и инвалиды, без особой дифференциации причин заболевания, имели льготы на получение и оплату жилья, пенсионное обеспечение, санаторно-курортную помощь и т.д.

Конечно, поликлиническое обслуживание, диспансерное наблюдение, обязательность прививок, детский патронаж, санаторно-курортное обеспечение трудящихся, система туристско-спортивного оздоровления и физического воспитания были примером для других стран мира, в сравнении с которыми наши санитарные нормы и гигиенические стандарты все же были более строгими. При этом игнорировался тот факт, что болезнь в значительной мере является результатом несоблюдения как государством, так и самими заболевшими общеизвестных санитарно-гигиенических требований. Для российского образа жизни было характерно достаточно безответственное отношение к нарушению санитарно-гигиенических нормативов. В результате здорового населения в России, включая и детей, осталось не более 20 %.

Существовавшая система здравоохранения была ориентирована главным образом на борьбу с уже возникшими заболеваниями и не была способна радикально улучшить состояние здоровья населения нашей страны. Обратной стороной этого феномена стало пренебрежительное отношение самих граждан и к своему здоровью, и к медицинскому обслуживанию, что можно было выразить фразой: “Заболею - ничего страшного, посижу дома на больничном, заодно все дела переделаю и отдохну”. Известный киноперсонаж хирург Лукашин из “Иронии судьбы” выразился еще откровеннее: “Сам сломаю - сам и починю”. Здоровье людей, вопреки декларируемым лозунгам, в России-СССР-России не было главной ценностью, соответственно, такое же отношение было к нему и к медицинскому обслуживанию и со стороны профильных и непрофильных ведомств и служб. Несмотря на все завоевания социализма, человек ценился ниже результата своего труда, а сфера медицинских услуг, как и вся социальная сфера, призванная обслуживать и удовлетворять потребности людей, была на положении падчерицы.

Изменение социально-экономической парадигмы развития привело к тому, что здоровье стало выдвигаться в число факторов социально-го и экономического благополучия. После того

как в сознание людей стала проникать мысль о том, что фактор не-здоровья препятствует сохранению или получению хорошей работы, затрудняет выживание в новых социально-экономических условиях, что человеку теперь приходится самому отвечать за здоровье свое и своих близких стало, ценить его и активно сохранять его, отношение к своему здоровью стало меняться.

Методология перестройки сферы медицинских услуг и основанной на ней системы охраны здоровья населения должна учитывать, что в современном обществе все больше формируется психологическая установка на здоровье как на источник социально-экономического благополучия в условиях рыночной конкуренции. С другой стороны, у людей все чаще отмечается внутренний страх перед болезнью как социальной дилеммой. Страх заболеть, так как нет семейного капитала на лечение, страх заболеть из-за превращения независимости в обузу для родни. Страх заболеть, потеряв при этом конкурентоспособность. Сформировались социально-экономические, культурологические и психологические основания для появления в сфере медицинских услуг феномена страхово-медицины.

В соответствии с рыночной трансформацией российского общества объективные экономические законы со временем внедрились в общественное сознание тезис о том, что здоровье человека является одним из основных факторов и компонентов нынешнего уровня и качества его жизни, от него также зависит будущее благополучие последующих поколений, здоровье стало еще и экономической категорией. Перестраивать в этом аспекте надо и сферу медицинских услуг, потому что уровень развития сферы медицинских услуг способен отразить уровень развития человеческого капитала нации. Кардинальные социально-экономические трансформации и преобразования в государственном управлении, переход к новым принципам хозяйствования, множественность форм собственности, реструктуризация сфер правовой и финансовой ответственности между центром и регионами, появление муниципального уровня экономики привели к необходимости такой же кардинальной трансформации отраслей социальной сферы, в том числе и сферы медицинских услуг.

В настоящее время здравоохранение, базирующееся на институционально зрелой сфере медицинских услуг, все чаще позиционируется в

обществе в виде важнейшей имманентно-атрибутивной составляющей качества и уровня жизни, поскольку оно играет ключевую роль в экономическом развитии государства, опосредованно обеспечивая как репродукцию, так и институциональные характеристики трудового потенциала, создает основу социально-экономического роста, играет роль стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества. Этот тезис сейчас принципиально уже никем не оспаривается. От правильного и своевременного решения указанных выше проблем и создания предпосылок развития здравоохранения зависит скорость обновления российского общества.

Идеология “здоровье-центрической” модели организации теперь должна быть медико-социальной базой государственной политики в области перестройки национальной системы здравоохранения. Главная цель этой перестройки - привить нации любовь к здоровью, возвести здоровье в знак национальной гордости. Школьные, вузовские и все остальные образовательные и информационные программы необходимо сориентировать на культурологический результат тотального оздоровления нации. В этих условиях сфера медицинских услуг и ее фигуранты будут выполнять свою роль только в формате адаптации к институциональным трансформациям в обществе в контексте сохранения направления вектора социального прогресса.

Мы согласны с тем, что следует разделять понятия “медицинская услуга” и “медицинская помощь”. Медицинскую помощь оказывают по объективным показаниям, не подвергают рекламе и не предлагают на выбор. Медицинская помощь не подлежит рассмотрению в контексте конкуренции. Медицинская услуга имеет все необходимые атрибутивные качества для полноценного участия в рыночном обмене. Ее производят и рекламируют, ее продают, оплачивают и потребляют. В сфере производства медицинских услуг происходит конкуренция, определяется и прогнозируется спрос. Качество произведенных медицинских услуг выявляется после их потребления на основе оценок самих потребителей и их субъективного чувства удовлетворенности.

У медицинской услуги двойственное положение - как первичного элемента медицинской помощи и как составной части медицинского блока сервисной экономики, что определяет ее место и

в сфере охраны здоровья населения, и в сфере услуг и обуславливает два вектора развития здравоохранения. Первый вектор выражает позицию здравоохранения в системе воспроизводства населения и общественных благ, второй - предопределяет его совершенствование по рыночным законам. Это соответствует современным представлениям теории человеческого капитала, поскольку здравоохранение влияет на его прирост, но не может выполнять свою миссию индифферентно к рыночной среде, и сам человеческий капитал формируется и развивается на экономической основе и в тесной связи с экономическими возможностями общества.

Первый вектор обусловил реструктуризацию национальной системы здравоохранения, предусматривающую разграничение полномочий и функций государственной и муниципальной систем здравоохранения в связи с изменением роли и функций государства в обществе. Вторым вектором обусловил формирование сектора платных медицинских услуг и институционализацию его игроков с доминантным институтом в лице государства.

Сфера медицинских услуг в новых институциональных условиях выполняет роль проводника в государственном влиянии на экономику, ориентирована на витальные потребности населения, а также выступает как приоритетное направление инвестиций в человеческий капитал. Идеи и идеология институционализма в качестве эвристических инструментов познания зачастую оказываются весьма плодотворными при анализе сферы медицинских услуг в ракурсе трансформации экономической среды, когда изменяются формальные и неформальные правила и нормы, изменяются социально-экономические взаимоотношения всех участников производства в процессе производства и потребления медицинской помощи и услуг.

В анализе сущности и закономерностей развития сферы медицинских услуг большая роль принадлежит именно императивам институциональной теории и эволюционной экономики. В механизмах их организации, основанных на технологических уровнях, происходит регулирование способов функционирования и развития сферы медицинских услуг. Ее компоненты приобретают другую институциональную окраску при условии смены реализующейся парадигмы. Очень важным условием является грамотное применение

теории человеческого капитала. Она становится тем эталоном, по которому оцениваются результаты исторических трансформаций, эффективность использования ресурсов сферы медицинских услуг, уровень доходов и заработной платы медицинских работников.

Медицинская научная общественность неоднократно пыталась трактовать концепцию человеческого капитала с позиций медико-экономического подхода, а также вычислить количественные параметры экономического потенциала здоровья. Предпринимались неоднократные попытки доказать, что деятельность медиков производительна, что сфера медицинских услуг влияет на качество здоровья человека, что без него не будет эффективного воспроизводства рабочей силы. Главные выводы, которые сделали ведущие ученые-институционалисты, стали аргументами исследователей о важности инвестиций в человеческий капитал посредством вложений государства в сферу медицинских услуг, о разумном сочетании инструментов государственного регулирования и экономических отношений.

Инвестиции в сферу медицинских услуг в цивилизованных обществах рассматриваются в качестве ведущего фактора развития производительных сил, приносящего как основной, так и дополнительный доход, который произведен посредством повышения динамики витальности людей, когда продлевается активный трудоспособный период в жизни людей. Для накопления капитала необходимы два источника - общественные и личные средства граждан, в результате заметно актуализирована задача поиска их пропорций, которые допустимы в границах софинансирования населения в процессе оплаты медицинских услуг и медпомощи.

В то же время опыт экономически продвинутых стран показывает, что здравоохранение не может осуществляться в формате альтруизма и государства благосостояния. Изменения в обществе, в образе жизни, экологии, психологии людей, менталитете, состоянии общественного здоровья, в макроэкономических тенденциях не позволяют государству полностью нести все расходы на здравоохранение. Значительная часть как ответственности, так и расходов, ложится на плечи и бюджет самих потребителей.

Здравоохранение всегда было сферой деятельности, где происходило жесткое администрирование государства, потому что сфера медицинских

услуг непосредственно связана с жизнью и здоровьем человека. Следствием такого государственного регулирования деятельности лечебно-профилактических учреждений медицинских услуг, включая вопросы менеджмента, маркетинга, финансов, репутации, ценообразования, попытки, предпринимавшиеся и в цивилизованных странах, полностью финансировать здравоохранение из госбюджета, стало типичное рыночное запаздывание - позднее и неполное внедрение современных институциональных методов и инструментов менеджмента. Кроме того, медицинские работники не считали нужным вникать в проблемы экономики и финансового менеджмента в лечебно-профилактических учреждениях и их эффективной оптимизации. Культивировались точки зрения, согласно которым нельзя ставить врача рядом с сапожником и другими деятелями служебной сферы, ибо в таком случае якобы задеваются тайна и святость врачевания, страдают его гуманизирующая общесоциальная и жизнесохраняющая функции.

Сфера медицинских услуг самым непосредственным образом влияет на рост человеческого капитала: она способствует сохранению здоровья людей, по мнению экспертов, на 20- 25 %. Доступность качественных медицинских услуг способствует приращению человеческого капитала. Она является уникальным материальным ресурсом, который подвержен физическому износу. Именно восстановлением и поддержанием эффективной работоспособности занимается сфера медицинских услуг. И наконец, результативная деятельность людей в любой отрасли экономики зависит от качества рабочей силы, основанной на физическом здоровье. Эти факторы определяют приоритетное отношение общества к сфере медицинских услуг, стимулируют адекватную оценку занятого медперсонала.

После смены государственного устройства в России была принята концепция формирования государственной, полностью централизованной модели здравоохранения, в которой уровень местного самоуправления специально не выделялся. В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ важнейшая задача в области охраны здоровья населения состоит в обеспечении прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Она решается в тех рамках, которые предусмотрены Программой обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

Переструктуризация институтов сферы медицинских услуг обусловила перемену в их функционировании и взаимодействии. Формальные правила организации медицинской помощи дополнились гарантированными государством объемами бесплатной помощи, методами ее оплаты, новой системой инструментов управления экономическими ресурсами в рамках госзаказа, внедрением системы добровольного медицинского страхования, расширением объема платных медицинских услуг населению. Среди неформальных норм находятся ментальная привычка россиян к самолечению, которые традиционно запаздывают в обращении к врачам, рост теневого сектора медицинских услуг, сопоставимого с наблюдаемыми объемами платных медицинских услуг.

Переход к рынку вызвал значительные изменения в организации и экономике сферы медицинских услуг. Национальная система здравоохранения все еще едина, однако ее новая структура, основанная на четкой спецификации полномочий и обязательств в сфере охраны здоровья, предполагает современные представления о государственном, муниципальном и частном здравоохранении, у которых есть общее и особенное в развитии.

За последние 25 лет в процессе реформирования произошли значительные институциональные изменения в системе национального здравоохранения, в результате чего муниципальное здравоохранение вышло из государственной системы. Муниципальное здравоохранение превратилось в относительно автономное. Деятельность муниципальных органов управления и медицинских учреждений в муниципальных образованиях приобрела новые характеристики, функции, предполагающие осмысление и разработку адекватных механизмов управления, организации, планирования. Муниципальная система здравоохранения на законных правах стала автономным сектором деятельности после того, как были приняты «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Система разделилась на подсистемы, автономный статус муниципального здравоохранения повлек за собой изменение качественных характеристик системы, которые требуют научного осмысления.

Таким образом, была учреждена многоуровневость сферы медицинских услуг как сложной многофункциональной системы, которая обеспе-

чивает витальные потребности населения. Ее успешное функционирование предполагает глубокое обоснование принципов организации медицинской помощи на основе учета интересов граждан, государства, продуцентов медицинской помощи и услуг. При этом имеющийся опыт свидетельствует об отсутствии баланса востребованных объемов медицинской помощи и финансирования, вот почему в настоящее время ведется составление организационно-экономических моделей совершенствования государственно-муниципального сектора здравоохранения РФ и развития его комплементарных сегментов.

Анализ развития муниципального здравоохранения как части целостной системы отношений муниципальной экономики и сферы медицинских услуг в новом методологическом контексте в связи с трансформациями в сфере охраны здоровья населения позволяет дать ему следующее определение: муниципальное здравоохранение – это система социально-экономических отношений в сфере охраны здоровья населения на муниципально-локализованной территории, обеспечивающая доступность гарантированного объема медико-социальной помощи населению, развитие медицинских учреждений различных форм собственности в интересах жителей муниципального сообщества и активную роль граждан в процессах трансформации здравоохранения.

Муниципальный сектор сферы медицинских услуг является функциональной подсистемой местного самоуправления, поэтому меняется его значение для развития муниципального образования. Проблемы демографической ситуации, состояния здоровья, уровень организации медицинской помощи, состояние и развитие рынка медицинских услуг, управление ресурсами здравоохранения на подведомственной территории должны рассматриваться с точки зрения ответственности местной власти, потенциальных и реальных возможностей экономики муниципального образования, поиска управленческих решений, направленных на сбалансированность потребностей объемов медицинской помощи населению и реального финансирования. Различия в характере власти, разграничение сфер их компетенции в области охраны здоровья, ответственность перед населением, новые черты муниципальной системы и формы собственности медицинских учреждений создают предпосылки для новой парадигмы построения и развития сферы медицинских

услуг, органической частью которой является муниципальный сектор.

Исторический опыт и современный анализ свидетельствуют, что проблемы науки, профилактики и лечения, кадрового и ресурсного обеспечения, а также управления этими ресурсами системам здравоохранения приходится решать на самых различных уровнях (индивидуальном, семейном, групповом, национальном, региональном, международном и глобальном), однако для каждой из этих задач есть уровень, на котором она может и должна разрешаться оптимальным образом.

Современную систему экономических отношений местной власти, органов управления здравоохранением, медицинских учреждений и населения надо рассматривать как по вертикали, так и по горизонтали, что предполагает активное позиционирование реципиентов медицинских услуг на муниципальном рынке. Тем не менее механизмы взаимодействия продуцентов и потребителей медицинских услуг действуют как ограничители потенциальных возможностей населения выступать активными потребителями медицинской помощи. Создание научной базы для охраны здоровья населения в муниципальных образованиях, основанной на новых концептуальных взглядах на здравоохранение - с позиции развития экономических отношений между производителями и потребителями, продавцами и покупателями медицинской помощи и услуг, - будет способствовать приращению и накоплению научных знаний, необходимых для эффективного развития социальной сферы региональной и муниципальной экономик.

Одна из наиболее значимых публичных новаций, затронувших функционирование отрасли здравоохранения, - это реформа местного самоуправления. Перераспределение полномочий и функций между государственной и муниципальной системами требует новых правил взаимодействия между субъектами отношений. В результате не должны ухудшиться условия оказания медицинской помощи. Это возможно за счет внедрения новых институциональных норм - стандартов, обеспечивающих равный доступ к качественной медицинской помощи. Пока такие стандарты не приняты, но их цель, содержание и результат влияния на права граждан страны должны быть сформулированы и предложены исполнительной власти, несущей ответственность за со-

здание условий воспроизводства населения, сохранение и укрепление его здоровья.

Следовательно, предпосылками формирования, становления и развития развитого рынка медицинских услуг являются: выбор экономической модели здравоохранения, адекватной экономике страны; смешанная экономика внутри отрасли; признание медицинской услуги товаром; институциональные изменения, вызванные появлением новых институтов и правил, муниципальной и частной медицины, внедрением обязательного медицинского страхования.

Данные предпосылки характерны и для муниципального сектора сферы медицинских услуг как части национальной сферы. Однако они имеют некоторые особенности на уровне муниципальных образований. В крупнейших и крупных городах России наблюдаются высокие темпы роста платных медицинских услуг, стоимость которых формируется по законам рыночной экономики. Сложная структура рынка подтверждается многообразием его сегментов. Сегментацией рынка медицинских услуг принято называть процесс разделения общей совокупности услуг по различным признакам.

Более детальное структурирование рынка медицинских услуг предполагает распределение потребителей по видам медицинской помощи, нозологическим группам; по экономическим характеристикам производителей и потребителей. Сегментирование рынка имеет глубокий смысл, поскольку особенности медицинской услуги и товара обуславливают своеобразие функционирования и развития сегмента, его роль в воспроизводстве здоровья населения. Рынок платных медицинских услуг, оценка состояния и перспектив развития в настоящее время становится приоритетным предметом исследования, поскольку стихийное становление рыночных отношений в здравоохранении стремительно изменило пространство национальной системы, ее экономическую сущность, роль государства и муниципальной власти, позиционирование производителей, потребителей и органов управления.

Таким образом, деятельность муниципальных лечебно-профилактических учреждений носит двойственный характер. С одной стороны, они реализуют объемы медицинской помощи населению и являются базой для того, чтобы сохранять здоровье людей. Следовательно, здравоохранение выполняет функцию воспроизводства важней-

шего ресурса общества. С другой стороны, муниципальные медицинские учреждения являются активными участниками рынка медицинских услуг, особенно в мегаполисах, крупнейших, крупных и средних городах, так как они, помимо медицинской помощи, оказывают медицинские услуги. На данном этапе производство платных услуг для многих лечебно-профилактических учреждений является вынужденной мерой, обусловленной проблемами бюджетного финансирования, его замещением платными услугами.

Итак, социально-экономические преобразования в экономике страны определили формирование рыночных отношений в сфере медицинских услуг, в том числе появление платного сегмента и негосударственных лечебно-профилактических учреждений медицинских услуг. Как интегрированная часть национальной экономики, он развивается по общим законам, но имеет принципиальные особенности. Они касаются, прежде всего, характера проявления объективных экономических законов, экономических отношений между субъектами, роли государства в управлении сферой медицинских услуг и регулировании рынка медицинских услуг.

Сущность и актуальные проблемы смешанной экономики в сфере медицинских услуг еще не нашли должного отражения в литературе, посвященной проблемам охраны здоровья населения, его воспроизводства. Границы смешанной экономики медицинских услуг, в которой тесно сочетаются сохранившиеся элементы централизованной системы и рыночной экономики, нечетки. Разграничение государственного, муниципального и частного секторов в медицине не является единственным признаком, поскольку внутри них реализуются элементы рыночной экономики. К ним относятся спрос и предложение платных медицинских услуг, конкуренция, давление объективных факторов развития рыночных отношений, взаимодействие субъектов экономических отношений, использование договорных цен, наличие теневого сектора услуг.

Анализ рыночной трансформации отечественной сферы медицинских услуг предполагает системную иерархию: макроуровень, на котором формируются стратегические цели развития государства и общества, политика развития системы здравоохранения, определяются приоритетные проблемы и пути их решения и т.д., осуществляются исследования потребителей услуг здравоохранения, а также их отношения к здравоохранению, равно как и потребностей общества для обеспечения социальной поддержки реформ здравоохранения; мезоуровень, где дополняется, уточняется и адаптируется к местным условиям федеральная политика, разрабатываются аддитивные региональные программы и целые комплексы мероприятий, ориентированных на решение специфических медицинских проблем, конкретизируется и уточняется нормативная база здравоохранения, совершенствуется система обеспечения населения лекарственными средствами и фармацевтическими препаратами, а также всевозможными специфическими медицинскими услугами; микроуровень лечебно-профилактических учреждений, где осуществляется непосредственная работа с реципиентами медицинской помощи и потребителями медицинских услуг, в том числе по изучению их предпочтений, выявлению тенденций изменения спроса.

¹ Конституция Российской Федерации. М., 2007.

² Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая, вторая и третья). Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".

³ О защите прав потребителей: закон Рос. Федерации от 7 февр. 1992 г. № 2300-1. Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".

⁴ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан: закон Рос. Федерации от 22 июля 1993 г. № 5487-1. Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".

⁵ Махинова Н.В., Пешина Э.В., Леонтьев И.Л. Современная система управления здравоохранением: теория и практика: монография. Екатеринбург, 2010.

Поступила в редакцию 03.11.2011 г.