

Общественное здоровье и здравоохранение

Основные принципы разработки стратегических и текущих планов здравоохранения

Н.Ф. Салимзода

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

На основании анализа данных по ресурсам и финансирования учреждений здравоохранения Республики Таджикистан за 2006-2013 годы, а также законодательных актов, регулирующих деятельность системы здравоохранения страны, предложена математическая модель, которая определяет плановый объём медицинской помощи в любой отрасли сектора здравоохранения.

Ключевые слова: травмы и ортопедические заболевания, организация медицинской помощи, планирование, финансирование

Актуальность. В современном мире в связи урбанизацией, существенными социально-экономическими и демографическими переменами в обществе, распространением насилия и вооруженных конфликтов, участившимися техногенными и природными катаклизмами и другими факторами травматизм превратился в одну из наиболее важных социальных и медицинских проблем [1-3]. Пристальное внимание к этой проблеме объясняется чрезмерной распространённостью травматизма, а также его медико-социальной и экономической значимостью. К числу последней причисляют высокую стоимость медицинских и социальных выплат, высокую смертность и инвалидность, а также большие потери, связанные со снижением ВВП страны [4].

Сегодня во всём мире выбор приоритетов в сфере здравоохранения, на основе результатов клинико-экономического анализа, конкурирует с подходами, основанными на стремлении медицинских учреждений увеличить доход за счёт увеличения объёма медицинских услуг [5-7]. По мнению ряда исследователей, практическая реализация решений, обеспечивающих финансирование только тех медицинских технологий, которые действительно необходимы и полезны, сдерживается, в том числе отсутствием взаимодействия в вопросах клинических и экономических оценок результатов применения идентичных медицинских технологий.

С переходом Республики Таджикистан на рельсы рыночной экономики, старая система планирования отрасли рухнула. В итоге бюджетная заявка медицинских учреждений формировалась путём прямого общёта с применением финансовых и сетевых

нормативов на штаты и контингенты. Заработная плата в здравоохранении Таджикистана планировалась по показателю занятой штатной численности на среднегодовой контингент по усреднённым нормативам финансирования расходов на заработную плату. Приобретение медикаментов и питание больных определялись на планируемое число посещений и койко-дней с учётом планового функционирования данной сетевой мощности (ЛПУ) в планируемом году на финансовый норматив стоимости одного посещения и койко-дня по питанию и медикаментам. Указанный подход фиксировал сложившиеся сетевые показатели и объёмы помощи и побуждал к искусственному наращиванию мощности ЛПУ (койко-день, посещений) без учёта потребности населения в медицинской помощи.

Новая система, отвечающая нынешним реалиям система планирования здравоохранения Таджикистана, находится в стадии интенсивного развития и совершенствования. Это означает, что важнейшие компоненты системы управления — система целеполагания, системы балансирования доходов и расходов, система планирования, сбалансированная система финансирования – находятся в центре внимания отраслевого органа исполнительной власти республики.

Основной задачей системы планирования деятельности учреждений здравоохранения Таджикистана является обеспечение конституционных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения. Исходной посылкой для создания системы планирования является расчёт необхо-



димого населению объёма медицинской помощи, соответствующих ему затрат. Система планирования должна, выявив все возможности финансирования общественного здравоохранения, установить задания по построению системы оказания медицинской помощи населению, эффективно использующей общественные средства для оказания населению необходимого ему объёма бесплатной медицинской помощи.

Основным принципом планирования здравоохранения должно стать обеспечение соответствия реальных финансовых ресурсов, выделяемых обществом на нужды здравоохранения из всех источников, и объёма государственных гарантий предоставления населению бесплатной для него медицинской помощи.

Главная задача состоит в том, чтобы создать налаженную систему первичной помощи, которая позволяла бы осуществлять лечение значительной части заболеваний на данном уровне. Сокращение услуг в системе вторичной помощи (которая является специализированной) в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях станет возможным только в том случае, если первичная помощь будет оказываться на достаточно высоком уровне и удовлетворять потребности больных.

Необходимо провести оценку работы различных типов организаций общего профиля по показателям их воздействия на качество и результаты лечения, по показателям эффективности и затрат. В отличие от предыдущих и продолжающихся исследований, которые сосредоточены исключительно на первичной помощи, настоящее исследование предусматривает проведение преобразований в системе специализированной помощи и организации взаимодействия между первичной и специализированной помощью.

Особое значение нами придаётся реструктуризации медицинской помощи. Сокращение стационарной помощи и реструктуризация специализированной амбулаторной помощи позволит изменить статус врача первичной помощи. Возможно, что в вышеупомянутых изменившихся условиях, различные типы организаций общего профиля могут продемонстрировать различные результаты с точки зрения задач исследования. Изучение вопроса о размещении учреждений первичной помощи должно стать частью будущих исследований, поскольку представляется логичным использовать существующие поликлинические учреждения для различных типов практической деятельности.

В рамках предметной области становится важной оценка эффективности мероприятий по увеличению объёмов медицинской помощи при травмах и ортопедической патологии, включая мероприятия модернизации системы её организации в Таджи-

кистане. Методология этой оценки должна быть построена на принципах, одобренных и получивших признание специалистов в других странах, прежде всего – в Российской Федерации.

Общественное здравоохранение Таджикистана нуждается также в научно обоснованной и современной системе управления, обеспечивающей эффективное использование имеющихся крайне ограниченных ресурсов, а также возможных инвестиций, которые необходимы для внедрения в ближайшей перспективе стратегических программ предупреждения и лечения болезней, в первую очередь социально значимых, к числу которых относятся заболевания костно-мышечной системы и травмы. Отсутствие обобщающих работ по этой проблеме свидетельствует об актуальности настоящей работы.

Цель исследования – совершенствование методологии стратегических и текущих планов здравоохранения.

Материал и методы. В качестве материала для настоящей работы использованы данные по штатному расписанию, коечного фонда и финансирования учреждений здравоохранения Республики Таджикистан за 2006-2013 годы, а также законодательные акты, регулирующие деятельность системы здравоохранения страны.

Результаты и их обсуждение. Наше исследование подтвердило, что необходимо чётко определить взаимоотношения с учреждениями вторичной помощи (и специалистами) и клиниками неинтенсивного лечения (ухода). Также необходимо определить функции других сотрудников учреждений первичной помощи, в частности медицинских сестёр, физиотерапевтов, работников социальной сферы и т.д., и их отношения с врачами общего профиля. Необходимо провести оценку программ повышения квалификации специалистов, организованных для подготовки новых семейных врачей. В процессе планирования необходимо также выявить зоны неэффективного расходования средств и разработать комплекс мер, обеспечивающих повышение эффективности здравоохранения. При этом базой для повышения эффективности является структурная перестройка системы оказания медицинской помощи населению.

Реформы, проводимые в системе здравоохранения Таджикистана в настоящее время, направлены на переориентацию системы на оказание большего объёма помощи в поликлиническом звене и сокращение больничного звена. Основное внимание в процессе укрепления амбулаторной системы уделяется развитию семейной медицины. Существующие финансовые трудности создали такие потоки пациентов в областные и республиканские больницы, которые, вероятно, не являлись бы характерными для системы здравоохранения при более благоприятной



экономической ситуации. Поэтому планированию здравоохранения придаётся огромное значение.

В области и районах органами исполнительной власти создаются комиссии по планированию здравоохранения. В состав комиссий, помимо представителей органов здравоохранения, возглавляющих комиссию, включаются представители финансовых органов, профессиональных медицинских ассоциаций, отраслевого профсоюза.

Комиссии создают рабочие группы: по совершенствованию системы оказания медицинской помощи; по совершенствованию системы финансирования и нормирования; по работе с персоналом и населением. Разрабатывается план и программа работы над планом здравоохранения. План утверждается соответствующим органом исполнительной власти. Планирование носит трёхуровневый характер.

На республиканском уровне определяется единый объём гарантий, устанавливаются финансовые нормативы, планируются объёмы помощи республиканских учреждений, межобластных и межрайонных центров, даются рекомендации по объёмам помощи для областей. На уровне районов и областей принимается конкретная программа, план её финансирования. План доводится до каждого медицинского учреждения. Задачей системы планирования является обеспечение потребностей населения Таджикистана в медицинской помощи в условиях финансовых ограничений путём оптимизации структуры её оказания. В ходе выполнения настоящей работы нами предложен многоуровневый и многоступенчатый подход к планированию с позиции общественного здравоохранения (рис.1).

Как видно из рисунка 1, процесс текущего планирования деятельности системы здравоохранения Таджикистана имеет несколько стадий. В предлагаемой нами схеме планирования стадии 1 – 5, 13 – 14 относятся к уровню областей Таджикистана, стадии 6 – 10 – уровню региона, входящего в состав области.

Стадия 1. Оценка реальных затрат на оказание медицинской помощи населению при существующей структуре медицинской помощи.

Стадия 2. Определение реального объёма финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение из общественных источников.

Стадия 3. Предварительное определение требований к совершенствованию структуры медицинской помощи, исходя из имеющихся финансовых ресурсов.

Стадия 4. Детальный анализ структуры медицинской помощи жителям области, выработка предложений по её совершенствованию с учётом потребностей

населения и имеющихся финансовых ресурсов.

Стадия 5. Разработка предварительного варианта плана здравоохранения области на очередной год, включающего:

1. План организации медицинской помощи населению области;
2. План финансирования медицинской помощи в области;
3. План организационно-экономических и технологических мероприятий;
4. План работы с персоналом;
5. План работы с населением.

Вырабатываются рекомендации по объёмам финансирования и деятельности здравоохранения областей и регионов Таджикистана.

Стадия 6. Уточнение существующего объёма стоимости медицинской помощи на основе региональных нормативов и данных статистики о потребности населения в медицинской помощи.

Стадия 7. Определение реальных финансовых ресурсов, получаемых в планируемом периоде, на здравоохранения района.

Стадия 8. Предварительное определение требований к структуре медицинской помощи, обеспеченной финансовыми ресурсами.

Стадия 9. Детальный анализ структуры медицинской помощи, выработка реальных заданий по её совершенствованию.

Стадия 10. Разработка предварительного варианта плана здравоохранения района:

- план организации медицинской помощи, включающий задания для каждого ЛПУ;
- план финансирования здравоохранения района;
- план организационно-экономических и технологических мероприятий (разработка плана совершенствования структуры медицинской помощи);
- план работы с населением.

Стадия 11. Согласование плана здравоохранения районов с областными органами власти, корректировка плана здравоохранения области с учётом предложений регионов.

Стадия 12. Утверждение планов здравоохранения районов областными органами власти.

Стадия 13. Корректировка плана здравоохранения области с учётом предложений районов.

Стадия 14. Утверждение комплексного плана здравоохранения Республики.

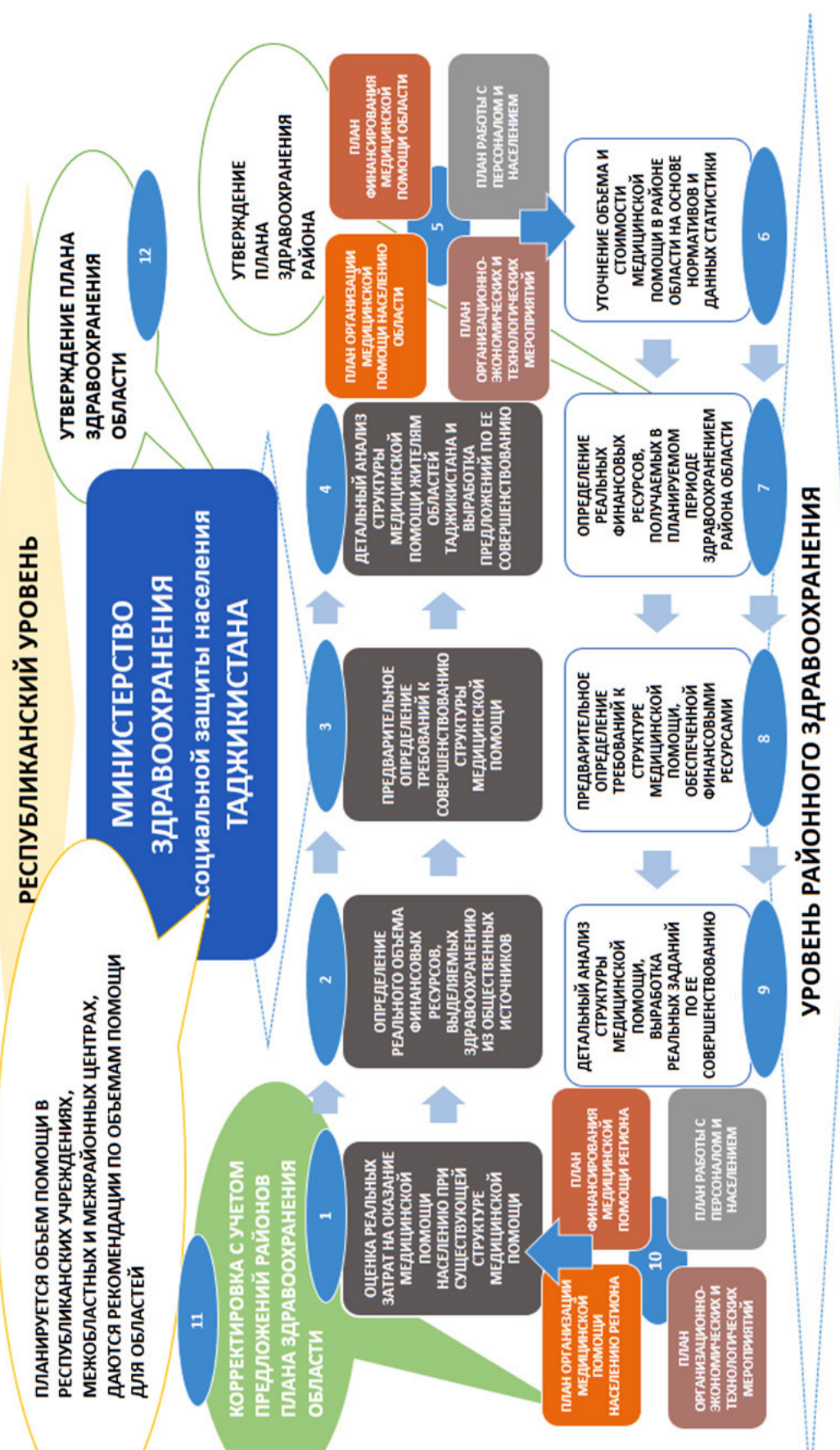


РИС. 1. ЭТАПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА НА ОЧЕРЕДНОЙ ГОД



В ходе исследования мы столкнулись с необходимостью разработать соотношение численности коек и численности населения на уровне области. В принципе узкоспециализированная помощь (например, не только травматология и ортопедия, но и нейрохирургия, кардиохирургия, неонатальная, интенсивная терапия, радиотерапия и т.д.) должна оказываться населению области в одной или двух больницах области. Остальные больницы, расположенные в области, в зависимости от численности обслуживаемого населения, должны различаться по величине и уровню оказываемой помощи. Предполагается, что больница общего профиля должна обслуживать (в зависимости от географических особенностей региона) от 60 до 250 тыс. жителей (обычное число населения в городах и районах республики).

Предлагается провести обследование для изучения состава врачей-специалистов в небольших (менее 300 коек) больницах. Один из вариантов организации специализированной помощи в таких больницах предполагает оказание помощи врачебным персоналом в составе 5-7 специалистов без чёткого разграничения между широкой и узкой специализацией. Другой вариант предполагает наличие врачей практически всех основных специальностей с чётким разграничением специализированной и узкоспециализированной помощи.

Мы пришли к убеждению, что необходимо составить перечни диагностических и лечебных возможностей, которые должны предоставлять различные типы больниц. В настоящее время в некоторых лечебных учреждениях, в связи с особенностями их инфраструктуры, наблюдается дублирование этих довольно дорогостоящих услуг, в частности из-за того, что отделения больницы располагаются в различных помещениях без необходимого взаимодействия между ними.

Поликлинические отделения для оказания специализированной врачебной помощи могут, находясь в структуре больницы, располагаться в других, более удобных для обслуживаемого населения местах. В некоторых случаях представляется возможным организовать при этих поликлинических отделениях дневные стационары, а, возможно, и стационары краткого пребывания.

Планирование и расчёт необходимого медицинского персонала должны стать частью планирования в здравоохранении. Необходимо разработать модели оптимального соотношения врачей каждой специальности к численности населения, которое обеспечивало бы оказание помощи соответствующего уровня. На основе этих моделей можно будет составить штатное расписание медицинского персонала областной больницы при участии всех заинтересованных сторон.

В качестве переходной меры в процессе создания планов здравоохранения можно запланировать перепрофилирование некоторых из существующих больниц (отделений) в учреждения по уходу. По нашему мнению, для более эффективной работы рекомендуется создавать учреждения по уходу на 60 - 150 мест.

Во всём мире здравоохранение действует в условиях финансовых ограничений. И уже много лет большинство стран ведут активную работу по совершенствованию структуры медицинской помощи, перенося максимально возможный объём помощи из дорогостоящего стационарного в значительно более дешёвый амбулаторный сектор, где за те же деньги можно оказать помощь в 5 - 10 раз большему числу пациентов. Поэтому важнейшим направлением совершенствования национальной системы организации специализированной медицинской помощи является усиление амбулаторного звена в рамках проводимых в Таджикистане мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи.

Одним из возможных и наиболее эффективным источником ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий являются стационары одного дня. Они представляют собой структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений и могут быть образованы как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях здравоохранения. Предпосылками для их создания служат ограниченные финансовые средства, выделяемые на здравоохранение, и при этом удорожание стационарного этапа медицинской помощи, необходимость применения на поликлиническом уровне методов диагностики и лечения, не укладывающихся в рамки амбулаторной помощи, отказ ряда пациентов от госпитализации по разным обстоятельствам.

Основной целью перестройки системы оказания специализированной медицинской помощи становится создание лечебных учреждений, в которые врачи первичного звена будут направлять пациентов для получения специализированной диагностической и/или терапевтической помощи, а также тех видов лечения, которые не могут быть предоставлены в лечебном учреждении регионального (городского, районного, сельского) уровня. Кроме планирования и реализации общих мер, необходимо формировать профильные, специализированные программы совершенствования медицинской помощи с указанием источника финансирования мероприятий по аналогии с российской государственной программой «Развитие здравоохранения». Эти меры в Таджикистане были в рамках разработанной и реализованной с нашим участием Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствования медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» [8].



Важнейшее значение в вопросах обеспечения населения объёмами специализированной медицинской помощи придаётся расчётам с больницами.

Расчёты с больницами за оказание медицинской помощи могут быть основаны на двух подходах.

Первый – ретроспективная оплата медицинской помощи. Этот подход предполагает возмещение фактического объёма оказанной медицинской помощи. Больница самостоятельно определяет виды и объёмы предоставляемой стационарной помощи. Роль финансирующей стороны при этом минимальна: больница выставляет счета за предоставленные услуги, финансирующая сторона их оплачивает. Строго говоря, в этом случае финансирующая сторона не является покупателем медицинской помощи, поскольку оплате подлежит объём услуг, определяемый самими поставщиками. Отсутствует важнейшая характеристика государственного планирования – выбор определённого объёма и структуры медицинской помощи в зависимости от медико-демографических показателей территории. Разумеется, и в этом случае финансирующая сторона проверяет объём и качество приобретаемой «продукции», например, обоснованность случаев госпитализации, отсутствие приписок и проч., но делается это по факту оказанной помощи.

Второй подход – предварительная оплата медицинской помощи. Этот подход предполагает возмещение не фактического, а заранее запланированного и, возможно, согласованного объёма помощи. Последний определяется на основе соглашения между финансирующей стороной и больницей (как в российском варианте – государственное задание и соглашение о его финансовом обеспечении), или на основе планов-заданий учреждениям, финансируемых по смете.

Важнейшее отличие между ретроспективной и предварительной оплатой состоит в степени использования инструментов планирования. В первом случае финансирующая сторона не управляет объёмами и структурой медицинской помощи, во втором – она выступает в роли информированного покупателя, заказывая и оплачивая лишь то, что соответствует её планам и финансовым возможностям. Расчёты, основанные на решениях самой больницы об объёмах и структуре работ, уступают место планированию, основанному на подборе видов и объёмов медицинской помощи в зависимости от потребностей населения в ней.

В качестве инструмента решения проблем распределения ресурсов по уровням оказания помощи (этапам обслуживания) нами использовался метод «поэтапного» планирования. Этот метод позволяет наиболее рационально распределить имеющиеся ограниченные ресурсы отрасли и преодолеть

противоречие между необходимостью обеспечения доступности специализированных видов помощи и соблюдением современных требований к оптимальной мощности функциональных лечебно-диагностических единиц (поликлиник, больниц, профильных отделений), как важного условия обеспечения высокого уровня качества предоставляемой помощи.

Метод «поэтапного» планирования. При распределении объёмов медицинской помощи мы исходили из того, что существуют общепринятые факторы, влияющие на справедливое распределение общественных средств, такие как возрастная и половая структура подгрупп населения, и эти факторы можно выразить в числах: возраст индивидуума оценить числом полностью прожитых лет, а пол просто обозначить, например, единицей для женщин и нулём для мужчин или как-либо ещё. Тогда каждая подгруппа характеризуется набором чисел (параметров) для всех её членов.

Для расчётов также необходим единый «справедливый» критерий распределения плановых объёмов медицинской помощи. Этим критерием нам послужили выверенные опытом исторические данные о среднем потреблении специализированной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» жителем с конкретным возрастом и полом, проживающим на конкретной территории, выраженные, например, в количестве посещений врача - специалиста поликлиники, или в количестве законченных случаев лечения в круглосуточном стационаре. Применённые к подгруппе эти опытные данные определяют размер «исторически справедливого» обеспечения объёмами помощи подгруппы. Имея числовое описание подгрупп и представление о справедливом финансировании, можно построить некоторую математическую модель, которая свяжет численное половозрастное описание подгруппы и «справедливый» объём справедливого финансирования таким образом, что по описанию любой (в частности, новой) подгруппы можно будет определить сумму справедливого финансирования.

Распределение объёмов стационарной медицинской помощи осуществляется на разных уровнях. На уровне Министерства здравоохранения и социального развития Таджикистана происходит распределение объёмов медицинской помощи между областями и районами. Этому предшествует определение территориальных (районных, областных) поправок T_M к среднереспубликанскому нормативу объёмов профильной медицинской помощи. В случае для определения плановых объёмов наиболее дорогостоящей - стационарной медицинской помощи, формула для территориальных поправок имеет вид:

$$T_M = N \cdot (0,2 \cdot K_{ВИ}^M + 0,8 \cdot K_{ПЗ}^M) \quad (1)$$

ТАБЛИЦА 1. КОЭФФИЦИЕНТЫ ОБЪЁМОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЛОВОЗРАСТНЫМИ ГРУППАМИ

Возрастной интервал	Средний возраст, лет	a_j мужчин	a_j женщин
Дети (в возрасте 0-17 лет включительно)	10	1,018	1,001
Взрослые (18 лет и старше)	40	0,706	1,217
Старше трудоспособного возраста (мужчины – старше 63 лет, женщины - старше 55 лет)	70	1,925	1,431

где $K_{ВП}^M$ – половозрастной коэффициент, определяемый для каждого территориального образования и определяющий отличие половозрастных характеристик территории (области, района) от среднереспубликанских. $K_{ВП}^M$ рассчитывается по формуле:

$$\frac{P_o}{P_m} \cdot \frac{\sum_j a_j p_j^m}{\sum_j a_j p_j^o} \quad (2)$$

Здесь a_j — объём потребления стационарной медицинской помощи j -ой половозрастной группой, p_j^m и p_j^o — численность половозрастной группы на территории (районе, области) и в республике, соответственно, P_m и P_o — общая численность населения на территории (районе, области) и в Республике, $P = \sum_j p_j$. Значения коэффициентов получены из данных многолетней статистики (форма №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях») и приведены в таблице 1.

Коэффициент предыдущих объёмов медицинской помощи для территорий (областей, районов) $K_{ПЗ}^M$ определяется на основе анализа статистических данных об объёмах оказанной медицинской помощи с учётом использования ресурсов районных и городских медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощью население территории. Коэффициент предыдущих объёмов медицинской помощи вычислялся по многолетней статистике объёмов фактически оказанной медицинской помощи и изменялся раз в несколько лет, если менялась региональная структура потребления медицинской помощи:

$$K_{ПЗ}^M = \frac{C^M}{C^O}, \quad (3)$$

где: C^M — средние объёмы потребления медицинской помощи, измеренные в определённых единицах, в расчёте на одного жителя выбранной территории; C^O — средние объёмы потребления медицинской помощи на одного жителя Республики.

Близкий к единице коэффициент N формулы (1) является нормировочным множителем. Его роль состоит в обеспечении равенства суммы всех объёмов

медицинской помощи, распределяемых регионам и областям Республики, и исходного объёма медицинской помощи, запланированной по стране в целом. Отметим, что коэффициенты 0,2 и 0,8 из формулы (1) являются экспертными значениями. Причина разного веса половозрастного фактора и фактора оказанных объёмов медицинской помощи в прошлом заключается в том, что последний также включает в себя разницу в демографической структуре проживающих. Этой же причиной определяется аддитивная структура формулы (сложение двух факторов).

Мы убеждены также в том, что специалисты, занимающиеся планированием, должны учитывать уровень и прогноз заболеваемости населения не только по данным медицинской статистики, но и на основе проведения специальных популяционных исследований.

Безусловно, данные из форм государственной медицинской статистики содержат ценные сведения. Действующие формы отчётности многообразны, сформированы высококлассными специалистами, прошли проверку временем и представляют в совокупности полноценную отраслевую статистическую систему со сложнейшими внутренними связями. Но, к сожалению, их явно недостаточно для целей планирования в здравоохранении, в том числе ввиду того, что они содержат исторические данные о результатах неэффективно функционирующей системы здравоохранения. При этом ни одна из форм не содержит сведений о частоте оказания разных видов помощи одному и тому же пациенту при определённом заболевании в течение отчётного периода. Имеющиеся данные искажаются системой внутрибольничных переводов пациентов, изменяются за счёт случаев оказания помощи жителям других территорий и по другим причинам. Отсутствие этой информации существенно снижает точность расчётов при определении плановых объёмов помощи и затрат на её оказание с учётом численности населения (подушевых расчётов) и уровня его заболеваемости, а также порождает попытки и предложения модифицировать формы отчётности. Вместе с тем, представляется целесообразным для оценки нужды населения в медицинской помощи по каждой нозологической форме от практики модифицирования действующих форм отчётности переходить к проведению специальных популяцион-



ных исследований, основанных на изучении персонализированной информации.

Таким образом, мы создали математическую модель, которая определяет плановый объём медицинской помощи определённого вида и профиля определённой группе населения по любой медицинской программе (в нашем случае – по программе обеспечения населения специализированной медицинской помощью по профилю «травматология и ортопедия») в зависимости от определённых медико-социальных параметров членов этой группы. Так как, наряду с травмами и ортопедическими заболеваниями, к социально значимым болезням относятся болезни системы кровообращения, а также злокачественные новообразования, дальнейшее совершенствование национальной системы организации специализированной медицинской помощи будет включать поэтапный охват предложенными подходами объёмов медицинской помощи по этим разделам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондракова Э.В. Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевая функция муниципальных органов управления / Э.В.Кондракова // – Краснодар. – 2009. – 420с.
2. Леонов С.А. Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012-2013 годах / С.А.Леонов, И.М.Сон, Д.Ш.Вайсман // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 9.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова // - М.: ГЭОТАР- Медиа, – 2014. – 624 с.
4. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Ред. В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова - М.: Медицина, – 2003. – 288 с.
5. Калининская А.А. Организационные основы государственного регулирования и управления качеством медицинской продукции / А.А.Калининская, В.А.Ковалёв // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 3.
6. Перхов В.И. Структурные показатели гарантированной населению Российской Федерации медицинской помощи / В.И.Перхов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 9. – С.14-22.
7. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ред. Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова // – М.: ЦНИИОИЗ. – 2006. – 308 с.
8. Национальная программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы». – Душанбе. – Наука и культура. – 2011. – 51с.

Summary

Main principles of the strategic and current plans development in healthcare sector

N.F. Salimzoda

Chair of traumatology, orthopedics and field surgery Avicenna TSMU

Based on the analysis on resources and funding data at health care institutions of the Republic of Tajikistan for 2006-2013 years, as well as legislation regulating the activities of the country's health care system, the mathematical model which determines the amount of the planned health care in any health sector is proposed.

Key words: trauma and orthopedic diseases, the medical aid organization, planning, financing

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Салимзода Нусратулло Файзулло – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ; Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул. Шевченко, 69
E-mail: n.salimov@mail.ru