Раздел I. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТФОМС ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

***А.В. Данилов*[1,2], *Л.В. Денисова*[1], *К.Б. Московченко*[1]**

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА НА ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

[1]*Территориальный фонд ОМС Воронежской области;*
[2]*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России*

Резюме. Рассмотрены аспекты актуальной проблемы – внедрение на территориальном уровне передовых медицинских технологий, базирующихся на использовании достижений научно-технического прогресса и учет их влияния на реформирование организационной структуры регионального здравоохранения при условии его эффективного функционирования в рамках финансирования здравоохранения в системе ОМС.

Ключевые слова: научно-технический прогресс, медицинская помощь, условия оказания, здравоохранение региона, финансирование, альтернативные медицинские технологии, система ОМС.

Актуальность. Происходящие в сфере здравоохранения преобразования, в том числе структурные изменения в условиях оказания медицинской помощи и тарифной политике в системе обязательного медицинского страхования, направленные на адекватное финансирование оказания медицинских услуг, оказываемых в разных условиях, тесно связаны с интенсивностью внедрения достижений научно-технического прогресса (далее – НТП) в технологии процесса диагностики и лечения.

Возникает необходимость учета в процессе финансового управления региональным здравоохранением последовательного регулирования научно-техническим потенциалом медицинских организаций.

Процесс использования достижений научно-технического прогресса при оказании медицинских услуг с одновременным проведением объективно необходимых структурных преобразований в сфере здравоохранения на базе внедрения альтернативных медицинских помощи на современном этапе должен сопровождаться приоритетным целеполаганием - усилением значимости медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, как за счет ускоренного внедрения современных методов лечения, так и за счет более рационального использования имеющегося потенциала.

Одним из направлений, ведущих к повышению эффективного использования наличного потенциала здравоохранения региона в целом и, особенно, его амбулаторно-поликлинического звена, является проблема использования результатов его проведения при диспансеризации населения как для более раннего выявления заболеваний, что требует рационального материально-технического дооснащения, так и в процессе планирования объемов оказания медицинской помощи на региональном уровне, для чего следует совершенствование действующей отчетности по проведению и аналитической обработке данных проведения диспансеризации и профосмотров.

В исследовании поставлены задачи определения взаимосвязи внедрения достижений научно-технического прогресса в медицинских организациях территории и организационно-структурных преобразований в региональном здравоохранении, в том числе:

Выявление зависимости технических и технологических изменений в одних условиях оказания медицинских услуг на другие. Например, темпов реорганизации медицинской помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах, от проведения целенаправленного усиления потенциала дневных стационаров и амбулаторно-поликлинического звена.

Обоснование приоритета целенаправленного внедрения достижений НТП в региональное здравоохранение в целях улучшения выявляемости заболеваний на ранней стадии и эффективного внедрения современных альтернативных медицинских технологий.

Материал и методы исследования. В качестве материала исследования использованы выкопировки данных о внедрении достижений НТП в развитие медицинских технологий, оказываемых в разных условиях, в области и системе ОМС.

Сравнительная аналитика выполнена на основании данныхе об организации медицинской помощи в регионах РФ, полученных в процессе ведения межтерриториальных взаиморасчетов. Основой для анализа послужили действующие нормативные акты в сфере оказания медицинских услуг.

Полученные результаты и их обсуждение. Во второй трети XX века в сфере здравоохранения началось интенсивное применение сложных технологий диагностики и лечения, требующих постоянного обновления (по крайней мере, рационального использования) парка приборов и оборудования, как при оперативных вмешательствах, так и в процессе консервативного лечения. Развитие технологий, основанных на применении достижений научно-технического прогресса, в большинстве случаев дорогостоящих, не могло не вызвать значительного роста затрат при оказании медицинских услуг. [15]

Внедрение в лечебную практику новых методов лечения заболеваний, имеющих большую медицинскую результативность по сравнению с применяемыми в настоящее время должно вести к сокращению сроков интенсивного лечения, либо периода реабилитации больного, либо, что наиболее привлекательно, к более точному и раннему выявлению патологии на ранних стадиях заболевания, то есть при его меньшей тяжести.

Новые технологии открывают возможности радикального повышения результативности в выявлении индивидуальных факторов риска заболеваний, их ранней диагностики, сокращении объемов и трудоемкости оказываемых услуг. Благодаря развитию малоинвазивной, амбулаторной хирургии, телемедицины, дистанционного мониторинга состояния больного и других современных методов, создаются условия для переноса лечения возрастающего числа состояний больных из стационарных условий на проведение в условиях дневных стационаров и в амбулаторно-поликлинических условиях.

Внедрение новых технологий должно стимулировать структурные сдвиги в системе оказания медицинской помощи и может обеспечить безболезненное протекание процесса неизбежных преобразований при условии доступности этих технологий на всех этапах оказания медицинской помощи, конечно же при рациональном использовании ограниченных финансовых средств.

При оптимизации финансовых потоков на проведение инноваций следует учитывать, что оценка целесообразности использования средств, направляемых на лечение больного, возможна на нескольких уровнях – в целом для здравоохранения региона, для лечебно-профилактического учреждения, для пациента. [13]

Рассмотрим несколько конкретных примеров.

Мероприятия по медицинской профилактике заболеваний, проводимые индивидуального углубленного профилактического консультирования или виде групповых занятий (школы пациента в Рязанской, Смоленской областях, Ставропольском крае и других регионах; школы здоровья в республике Чувашия и Самарской области; школы по профилям: сахарного диабета, бронхиальной астмы, артериальной гипертонии и т.д. в Воронежской, Тюменской, Томской области и ряде других регионах) для граждан, состоящих на диспансерном учёте по соответствующему заболеванию или имеющих высокий риск развития хронических и/или острых заболеваний значительно снижает необходимость лечения этих патологии на госпитальном этапе. В большинстве случаев методы работы школ были апробированы и рекомендованы ведущими НИИ и ВУЗами.

Так, вовлечение пациентов, страдающих артериальной гипертонией, а также членов их семей в контроль заболевания, разработано ГБОУ ВПО «ПМГМУ им. Сеченова» и значительно снижает необходимость лечения этой распространенной патологии на госпитальном этапе. [1]. В этом случае экономическая эффективность проявляется на уровне здравоохранения территории. Кроме того, чем серьезнее состояние больного, тем большие расходы в той или иной форме несет его семья.

Применение Новосибирским НИИ травматологии и ортопедии метода динамического наблюдения до и после консервативного и оперативного лечения повреждений и заболеваний позвоночника компьютерного оптического томографа, проведение репаративной регенерации, физиологических и биомеханических исследований адаптации организма при хирургической коррекции различных патологических состояний позвоночного в комплексе патогенетического восстановительного лечения сокращает сроки лечения при росте инвестиций и увеличении единовременных расходов финансирующих здравоохранение органов на приобретение материалов и оборудования. Результативность проявляется опосредовано, в сокращении сроков госпитализации конкретного пациента в стационаре и количества посещений им поликлиники. [9]

Методы, приборы и технологии, применяемые в процессе диагностики и, постоянно совершенствуются, в продвинутых стационарах используются различные их сочетания.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (далее – институт) в настоящее время используется комплексная программа ранней реабилитации

пострадавших в ДТП, которая включает применение лечебных преформированных физических факторов: кинезотерапию (включающую пассивно-активные и общеукрепляющие упражнения), аппаратную механотерапию, различные виды аппаратных физиотерапевтических процедур, массаж и др. Достигается сокращение сроков госпитализации в среднем примерно в два раза.(8) Одновременно этот метод повышает затраты труда врачей и среднего медицинского персонала на день лечения, увеличивает потребность в расходных средствах, затрачиваемых на лечение больного.

Разработка и применение уникальных технологий лечения стали возможными благодаря как достижениям в области собственно медицины, так и с использованием открытий в других областях науки, в первую очередь в биофизике, медицинской физике, использовании компьютерных технологий.

Рост стоимости медицинской помощи не только в стационарах, но и при других условиях оказания медицинской помощи, имеет объективный характер.

Переход на новые, зачастую ресурсоемкие технологии лечения при лечении все большего числа заболеваний разных профилей неизбежен. Как доказано многими исследованиями, посвященными инновациям, переход на новые технологии представляется на первый взгляд менее экономичным, чем продолжение развития привычных схем. Однако при появлении новых технологий практически во всех случаях, какими плохими не представлялись бы экономические показатели в начале внедрения, инновации не просто целесообразны, но жизненно необходимы. Действительно, хотя в соответствии с S-функцией инноваций первоначально инвестор терпит определенные убытки, но затем получает на много более эффективную организацию. [14]

Также объективный характер носят изменения в спросе на те или иные медицинские услуги. Отметим постоянный спрос на уникальные диагностические услуги. Объективная необходимость в их производстве подтверждается с одной стороны постоянной потребностью в услугах диагностических центров, так и с интересом к ним частной медицинской практики и частной медицинской деятельности в регионах. Так, к участию в выполнению территориальной программы госгарантий Воронежской области привлекаются продвинутые диагностические центры, в частности, для обследования на ПЭТ/КТ - ООО «Межтерриториальный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкозаболеваний».

Повышается тяжесть состояний, подлежащих лечению в дневных стационарах, в том числе сложность оперативных вмешательств, выполняемых ЦАХ, спектр оказываемых ими услуг расширяется за счет оказываемых ранее в условиях круглосуточных стационаров.

В то же время на многих территориях постоянно не выполняются задания по объемам амбулаторно-поликлинической помощи. В других, как видно из представленных в рамках проведения межтерриториальных взаиморасчетов счетах на медицинскую помощь (например, система обязательного медицинского страхования г. Москва), в качестве выполненных объемов учитываются медицинские услуги, такие, как «взятие крови из вены, кровопускание», «наложение лекарственной повязки»,

массаж отдельных сегментов тела пациента и т. п. Что во многом связано с кадровым обеспечением [12].

Значительная доля финансирования здравоохранения продолжает приходится на стационары, что безусловно имеет объективный характер. Однако с конца 70-х годов постоянно возникают серьезные сомнения по поводу эффективности использования значительных средств, затрачиваемых на стационары, при постоянном техническом и кадровом отставании амбулаторного звена. На недостаточность обеспечения оборудованием в условиях амбулаторно-поликлинических подразделений, и, зачастую, его слабой загруженности указывает ряд исследователей этой проблемы [10].

Отметим, кстати, что методология определения эффективности преобразований в области здравоохранения находится в стадии становления. [13] В настоящее время данная проблема привлекла внимание ряда исследователей, число которых увеличивается [2, 6].

Такой регулятор прогрессивных преобразований в структуре регионального здравоохранения, как сокращение объемов и мощности стационарной помощи заметно теряет свое значение, так как, в результате постоянных усилий Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС, в большинстве регионов диспропорция между оптимальными и фактически сложившимися соотношениями объемов по всем условиям оказания медицинской помощи существенно уменьшилось.

Постепенно начинает выходить на заметное место проблема успешной, обеспечивающей как минимум простое воспроизводство, деятельности каждой медицинской организации, занявшей свою нишу в территориальном механизме оказания медицинских услуг, отказ от взгляда на нее как на квазисамостоятельный субъект, являющийся абстрактным носителем определенного количества единиц мощности

Возможность преодоления такого положения заложена, в том числе, в рациональном проведении модернизации, и обеспечении медицинских организаций современной медицинской техникой в соответствии с их местом в системе здравоохранения территории при учете качества и доступности оказания медицинской помощи.

Наиболее существенное обновление ресурсной, материально-технической и кадровой, базы медицинских организаций проводилось в рамках Программы модернизации.

В соответствии с Отчетом о деятельности Федерального фонда ОМС в 2012 году и исполнением бюджета ФФОМС за 2012 год реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской федерации составила в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений 138918047,7 тыс. руб., в части государственных учреждений – 2306780947,7 тыс. руб., в 2011-2012 годах на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения в том числе на завершение строительства и капитальный ремонт, приобретение медицинского оборудования направлено 343,6 млрд. руб.

Рассмотрим программу модернизацию медицинской помощи, проводимой в Воронежской области с 2012 г. по настоящее время, которая является типичной для здравоохранения большинства субъектов РФ, в процессе которой проводились:

Модернизация первичной медико-санитарной помощи, осуществляемая в основном как совершенствование и развитие института врача общей практики.

Совершенствование профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни, для чего созданы и постоянно модернизируются постоянные центры здоровья для взрослого населения и детей, а также два мобильных.

Модернизация медицинской помощи в учреждениях амбулаторно-поликлинического уровня осуществляется также по следующим блокам: оснащение специализированных межрайонных диагностических центров и диагностических центров г. Воронежа современным медицинским оборудованием; оснащение центров амбулаторной хирургии новым медицинским оборудованием; приобретение автотранспорта для повышения доступности оказания медицинской помощи в условиях стационара на дому для поликлиник г. Воронежа; организация работы 2 центров охраны зрения детей.

Модернизация специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по следующим блокам: создание реабилитационных отделений; открытие четырех отделений гемодиализа на базе центральных районных больниц; создание и развитие высокотехнологичных медицинских центров (в том числе межтерриториальных); развитие сети детских центров различного профиля; открытие 3 первичных сосудистых центров; дооснащение существующих ПСО и РСЦ современным медицинским оборудованием; изменение статуса нескольких районных больниц с подчинением их больницам, находящимся в центрах демографического притяжения.

Приходится констатировать, что на всех уровнях, несмотря на комплексный характер мероприятий по повышению приоритетности первичной медико-санитарной помощи, включая первоочередное выделение средств на ее развитие, вложения, связанные с интенсификацией лечебного и диагностического процесса, внедрением достижений НТП, направлялись, в основном, на стационарное звено.

Подобное положение, при котором амбулаторно-поликлиническая помощь развивается не только интенсивно, но и экстенсивно, за счет заполнения вакансий, характерно для многих территорий.

На дисбаланс амбулаторного и стационарного звеньев, а в частности о недостаточной эффективности поликлинической помощи, свидетельствуют данные по г. Москве, согласно которым наблюдается высокий процент неплановых госпитализаций – 57,4% во взрослых поликлиниках и 71% в детских. При активной работе поликлиник уровень госпитализаций должен снижаться, во всяком случае не расти. Намечено внедрение механизма, при котором повышается мотивация поликлиник для работы с прикрепленным населением. Кроме того, определены санкции, которые будут применяться к поликлиникам за запущенных пациентов. [4]

Рассмотрим один из вариантов усиления роли амбулаторного звена.

В принципе, различаются два подхода по определению принципов функционирования медицинских организаций. При первом медицинская организация обеспечивает выполнение высококачественной медицинской помощи в запланированных объемах.

При втором - акцент ставится на обеспечение здоровья населения. [13, 15] При этом обеспечивается выявление заболевания на ранней стадии, за счет чего оказанная медицинская помощь становится более результативной для гражданина.

В частности, данный подход предусматривает изменение роли диспансерных наблюдений и профосмотров. Отметим, что в настоящее время их проведение носит характер выполнения обязательных мероприятий.

Для этого желательно повысить значение диспансеризаций и профосмотров, придать реальную значимость критериям эффективности работы медицинской организации, направленным на заинтересованность в раннем выявлении заболеваний.

На недостатки в выявлении заболеваний на ранней стадии указывают многие специалисты. Так, по данным Воронежского областного клинического онкологического диспансера, доля больных с впервые выявленным заболеванием с злокачественным новообразованием в III – IV стадии составило около трети. [7]

Таким образом, не вызывает сомнения необходимость стимулирующего воздействия на медицинские организации через систему критериев, связанную с ранним выявлением заболеваний. Например, значимым критерием должен служить процент выявленных на ранней стадии заболеваний по отношению ко всем заболевшим.

Отметим недостаточный уровень использования результатов, получаемых при диспансеризации, профосмотрах и в Центрах здоровья. Эти данные могли бы, например, использоваться при планировании объемов медицинской помощи в процессе разработки территориальных программ ОМС.

Конечно, нельзя не отметить решения, направленные на повышение эффективности диагностических услуг.

В условиях ограниченного финансирования здравоохранения одним из путей решения проблемы повышения качества при достойной оснащенности диагностических услуг является концентрация лабораторных услуг в центральных лабораториях (далее – ЦЛ). Лаборатории при поликлиниках, районных и городских больницах должны проводить срочные анализы по жизненным показаниям, срок выполнения которых не превышает трех часов. Плановые высокотехнологические, редкие исследования следует выполнять в соответственно оснащенных ЦЛ. При лечении в круглосуточных стационарах затраты на оказание параклинических услуг (манипуляций, процедур, исследований, в том числе иммунологических исследований на ВИЧ–инфекцию для лиц, не состоящих на учете) учитываются в тарифах основных клинических подразделений (кроме случаев, когда они оплачиваются по отдельным тарифам, утвержденным Тарифным соглашением). Поэтому их оплата осуществляется по прямым договорам между стационарами и ЦЛ. Оплата «сторонних» диагностических услуг для поликлиник производится страховыми медицинскими организациями. [11]

Понятно, что как любая деятельность, проведение диагностических услуг в ЦЛ нуждается в координации. В Воронежской области ведение общей координации и взаимодействие с медицинскими организациями области по всем вопросам централизации лабораторных исследований возложено на АУЗ ВО «Воронежский областной клинический клинико-диагностический центр» - флагман области по диагностическим услугам.

Конечно же, необходимость обоснованных структурных преобразований для территориальных систем организации здравоохранения, будучи связана с требованиями НТП, не вызывает сомнений. В то же время нельзя игнорировать того, что проводимые преобразования должны быть привлекательными для медицинских организаций, в которых проводятся внутренние преобразования, экономически интересными для них.

Средства, получаемые медицинскими организациями разного уровня, должны соответствовать не только этому уровню, но сложности и затратоемкости оказываемой медицинской помощи [3]. Больные с легкими состояниями не должны лечиться в больницах областного или, тем более, федерального уровня, которые обеспечены ресурсами для лечения именно тяжелых состояний, оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, но в территориально приближенных к месту жительства имеющих соответствующие уровню ресурсы стационарах и в достойно оборудованных дневных стационарах, амбулаторно-поликлинических организациях.

Выводы. Необходимость осуществления в процессе финансового управления региональным здравоохранением последовательного регулирования научно-техническим потенциалом медицинских организаций носит объективный характер.

Переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в разных условиях и на разных этапах, при необходимости направлять на эту цель дополнительные средства, является базой для структурных преобразований в сфере регионального здравоохранения.

Внедрение в медицинскую практику новых методов лечения заболеваний, имеющих большую медицинскую результативность по сравнению с ранее применяемыми, должно приводить к сокращению сроков интенсивного лечения, либо периода реабилитации больного, либо к более точному и раннему выявлению патологии. В последнем случае положительный эффект проявляется, в первую очередь, в возможности оказания медицинской помощи на более ранних стадиях заболевания.

Структурные преобразований в сфере здравоохранения должны проводиться в неразрывной связи с процессом внедрения достижений научно-технического прогресса в технологии оказания медицинских услуг. Этот процесс должен сопровождаться целенаправленным усилением роли медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, как за счет ускоренного внедрения современных технологий, так и за счет более рационального использования имеющегося потенциала, как условии оказания альтернативной оказываемой в условиях стационаров медицинской помощи.

В частности при диспансеризации населения возникает проблема использования результатов его проведения как для более раннего выявления заболеваний, что требует рационального материально-технического дооснащения, так и в процессе планирования объемов оказания медицинской помощи на региональном уровне. При этом важно проведение постоянного мониторинга диспансеризации для повышения ее качества и и полноты диагностического обследования, а также детального анализа с выявлением причин частоты выявления болезней. [5]

Реализация предлагаемых мероприятий потребует проведения систематического мониторинга результатов, что вызывает необходимость дальнейшего развития информационной корпоративной сети.

Литература.

1. Балакирев И.М. и др. Некоторые подходы к повышению качества лечения пациентов с артериальной гипертонией., М.: Терапевтический архив, т. 72, 2000,

2. Данилов А.В., Усов Ю.И. Определение количественной меры эффективности деятельности медицинских организаций на основе методологии анализа среды функционирования.- М.: «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2015, - № 6

3. Железнякова И.А. Методологические основы развития единой тарифной политики в системе ОМС. Материалы семинара Всемирного банка с субъектами Центрального Федерального округа, Московская область, 29 октября 2015

4. Зеленский В.А.. Выступление на расширенном заседании Правления МГФОМС 09.11.2016 Пресс-релиза МГФОМС. www.mgfoms.ru/news/hress-realises

5. Калинина А.М., Ипатов П.В., Кушунина Д.В., Егоров В.А., Дроздова Л.Ю., Бойцов С.А. Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет. М.: Терапевтический архив, 2016, - т. 88(1)

6. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 469 с.

7. Мошуров И.П. Радоваться каждому дню жизни. Интервью газете «Коммуна». Воронеж. Коммуна от 17.02.2017

8. Рюмин Ранняя комплексная диагностика у пострадавших в ДТП: эффективность. – М.: Здравоохранение 2016. № 4

9. Сайт Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии, niito.ru

10. Стерликов С.А., Леонов С.А., Сон И.М., Сененко А.Ш. и др. Обеспеченность диагностическим оборудованием медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. - М.: «Менеджер здравоохранения», 2016, - №6

11. Тарифное соглашение Ростовской области от 22 декабря 2017 г.

12. Тарифное соглашение с приложениями г. Москва на 2017 год.

13. Татарников М.А., Глухова Г.А. Проблемы комплексной оценки общественного здоровья и эффективности медицинской помощи. М.: «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения», 2011, № 7

14. Фостер Р. Обновление производства: атакующие выигрывают. М.: Прогресс, 1981.

15. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения, М: Издатцентр, 1998.

Abstract.

Alexander V. Danilov, Larisa V. Denisova, Konstantin B. Moskovchenko INFLUENCE OF INTRODUCTION IN PROCESS OF TREATMENT OF ACHIEVEMENTS OF SCIENTIFIC AND TECHNICAL PROGRESS ON TRANSFORMATIONS IN REGIONAL HEALTH CARE

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region;
Voronezh State Medical University

In article rather urgent problem - introduction at the territorial level of the advanced medical technologies which are based on use of achievements of scientific and technical progress and the accounting of their influence on reforming of organizational structure of regional health care on condition

of its effective functioning within financing of health care in the compulsory health insurance system is considered.

Keywords: scientific and technical progress, medical care, rendering conditions, region health care, financing, alternative medical technologies, compulsory health insurance system.

References

1. Balakirev I.M., etc. Some approaches to improvement of quality of treatment of patients with an arterial hypertonia., M.: Therapeutic archive, t. 72, 2000,

2. Danilov A.V., Yu.I. Moustaches. Definition of a quantitative measure of efficiency of activity of the medical organizations on the basis of methodology of the analysis of medium of functioning. - M.: "Compulsory health insurance in the Russian Federation", 2015, - No. 6

3. Zheleznyakova I.A. Methodological bases of development of uniform tariff policy in the compulsory health insurance system. Materials of a seminar of the World Bank with subjects of Central Federal District, the Moscow region, on October 29, 2015

4. Zelensky V. A. a performance at the enlarged meeting of Board of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund 09.11.2016 the Press release of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund. www.mgfoms.ru/news/hress-realises

5. Kalinin A.M., Ipatov P.V., Kushunina D.V., Egorov VA., Drozdova L.Yu., Boytsov S.A. Results of detection of illnesses of the blood circulatory system at medical examination of adult population: experience of the first 2 years. M.: Therapeutic archive, 2016, - t. 88(1)

6. Kadyrov F.N. Economic methods of assessment of efficiency of activity of medical institutions. – M.: IDES "Manager of health care", 2011. – 469 pages.

7. Moshurov I. P. To rejoice to every day of life. Interview to the Kommuna newspaper. Voronezh. Commune of 17.02.2017

8. Ryumin Early complex diagnostics at victims in road accident: efficiency. – M.: Health care of 2016. No. 4

9. Website of the Novosibirsk scientific research institute of traumatology and orthopedics, niito.ru

10. Sterlikov S.A., Leonov S.A., I.M. Dream, Senenko A.Sh., etc. Security with the diagnostic equipment of the medical organizations assisting in out-patient conditions. - M.: "The manager of health care", 2016, - No. 6

11. Tariff agreement of the Rostov region of December 22, 2017.

12. The tariff agreement with applications Moscow for 2017.

13. Tatarnikov M.A., Glukhova G.A. Problems of complex assessment of public health and efficiency of a medical care. M.: "Medical statistics and the orgmetodrabot in healthcare institutions", 2011, No. 7

14. Foster R. Production updating: attacking win. M.: Progress, 1981.

15. Sheiman I.M. Reform of management and financing of health care, M: Izdatcentre, 1998.

Сведения об авторах: Данилов Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, директор ТФОМС Воронежской области, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко,vrn@omsvrn.ru; Денисова Лариса Васильевна - заместитель директора ТФОМС Воронежской области, vrn@omsvrn.ru; Московченко Константин Борисович – специалист отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы ОМС, vrn@omsvrn.ru.