НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ
RESEARCH' n PRACTICAL MEDICINE JOURNAL
том 1.№1.2014

ОБЗОР ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Гриднев О.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва, Российская Федерация)
119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, дом 8, строение 2

Ключевые слова:
амбулаторная помощь, реформирование, модернизация, развитие амбулаторной помощи

Keywords:
outpatient care, reform, modernization, development of outpatient care

Резюме:
Становление современного российского здравоохранения происходило практически на протяжении последних пятидесяти лет. Более 20 лет оно находится в состоянии активного реформирования – модернизации. В течение этих лет происходила рационализация и налаживание работы отдельных звеньев и проблемных участков системы здравоохранения. Одно из звеньев, без сомнения, важнейшее – это массовая и общедоступная амбулаторно-поликлиническая помощь населению. В статье отражены основные этапы развития амбулаторной помощи в России.

THE OVERVIEW OF THE MAIN STAGES OF OUTPATIENT CARE IN RUSSIA

Gridnev O.V.
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation,
(Moscow, Russian Federation)
8/ 2, st. Trubetskaya, 119991, Russia, Moscow.

Abstract:
The formation of the modern Russian healthcare has occurred almost throughout the last fifty years. For more than 20 years it's undergoing active reform, that called – Modernization. During these years the rationalization and improvement of different parts and problem areas of the health system underwent. Key link in healthcare chain – is a massive and publicly available outpatient care. The article describes the main stages of development of ambulatory care in Russia.

Для корреспонденции:
Гриднев Олег Владимирович,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Первого МГМУ им. Сеченова,
Адрес: 119021, Москва,
Зубовский бульвар, д. 37/1
Телефон: +7 (495) 610-31-04,
e-mail: svao-info@mosgorzdrav.ru
Статья поступила 06.11.2014,
принята к печати 12.12.2014

For correspondence:
Gridnev Oleg Vladimirovich,
PhD, MD, assistant professor of organization and management in the field of drugs I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation
8/ 2, st. Trubetskaya,
119991, Russia, Moscow
Tel: +7 (495) 610-31-04,
e-mail: svao-info@mosgorzdrav.ru

Отечественное здравоохранение развивалось в условиях изменения численности населения и перераспределения его по территории, адаптируясь к изменениям возрастного состава населения, в значительной степени обусловленным совпадением с окончанием первого этапа эпидемиологического перехода в России. В итоге на пороге второго тысячелетия отечественное здравоохранение имело перед собой стареющее население, изменение возрастной структуры заболеваемости и смертности и две группы проблем: структуру патологий раннего индустриального общества, характерную для молодого трудоспособного населения, и – зрелого индустриального и постиндустриального общества [1].

Развитие амбулаторной помощи до становления советской системы здравоохранения

В России амбулаторная помощь больным впервые появилась в конце XI века. В 1089 году в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях». Прием вели знахари и знахарки, обращался в такие больницы за помощью простой люд.

Вплоть до XVI века медицинская деятельность не контролировалось и не регулировалось государством, единой организации или службы здравоохранения не существовало. Только при Иване IV Грозном, после создания цент-

рализованного русского государства была учреждена так называемая Царева, или Придворная, аптека (1581 год). Однако функции ее ограничивались оказанием медицинской помощи царю, его семье и ближним боярам. В дальнейшем был учрежден Аптекарский приказ по управлению медицинским делом государства.

В 1620 году возникли первые светские амбулатории, где прием вели врачи. Значимую роль в ускорении организации амбулаторий сыграли быстро распространявшиеся в то время тяжелые эпидемии оспы, чумы, холеры.

Началом нового этапа реорганизации всего медицинского дела послужили реформы Петра I Великого. Вместо Аптекарского приказа была создана Медицинская канцелярия. В 1738 году при главной аптеке Петербурга была учреждена первая в Европе бесплатная амбулатория для бедных.

Почти век спустя, в 1804 году впервые в истории России поликлиническая практика начала преподаваться на медицинских факультетах университетов. Амбулаторная помощь в городах в то время, как правило, оказывалась при больницах. Обособленные учреждения этого типа стали появляться лишь в 80-х годах XIX века, чему способствовало развитие земской и фабричной медицины.

Важным достижением земской реформы явилось создание системы медицинской помощи, включавшей в себя участковое обслуживание, разъездную врачебную помощь, обеспечение фельдшерами. Принято считать, что современная система отечественного здравоохранения «вышла» из земской медицины. Основные принципы (участковость, общедоступность, бесплатность для всех плательщиков земских повинностей, диспансеризация) разработанные ещё в XIX веке, стали фундаментом, на котором сформировалась современная двухуровневая система оказания медицинской помощи (или модель Семашко) – две мало интегрированные между собой структуры: амбулаторно-поликлинический этап (поликлиника, скорая медицинская помощь) и стационарный.

Особенности амбулаторно-поликлинической помощи советского периода

В XX веке ускоренное развитие амбулаторно-поликлинической помощи в России происходило в 20-е годы, во времена становления советской системы здравоохранения. Накануне войны, несмотря на непростые задачи, стоявшие перед страной, репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, была построена государственная система здравоохранения, предполагавшая профилактическую направленность, плановость и доступность.

В послевоенные годы по мере восстановления системы здравоохранения в амбулаторно-поликлинической помощи основное внимание уделялось диспансеризации. Большой вклад в осмысление развития амбулаторно-поликлинической помощи внесла международная Алма-Атинская конференция 1978 года. Ее результатом стал ряд принятых законодательных документов, в которых были определены меры по дальнейшему совершенствованию, повышению доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи, а также намечены опережающие темпы развития амбулаторно-поликлинических учреждений. В итоге была развита широкая сеть амбулаторий и поликлиник, входящих в состав больниц, самостоятельных городских поликлиник и сельских врачебных амбулаторий, диспансеров, женских консультаций, здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунков (ФАП). В этих учреждениях начинали и заканчивали лечение примерно 80% всех больных и лишь 20% больных подлежали госпитализации [2].

Основной отличительной чертой существовавшей системы охраны здоровья являлась главенствующая роль участкового терапевта. В сложной работе участкового врача соединялись медицинская, организационная и социальная деятельность. Специализированная участковая бригада во главе с участковым терапевтом составляла основу поликлинической помощи населению. Бригадный метод обслуживания называли специализированной участковостью, при которой пациент имел первый контакт в поликлинике с врачом-специалистом.

Другим важным аспектом, характеризующим здравоохранение в СССР, была профилактическая работа врачей поликлинических учреждений. Основным методом профилактической работы являлась диспансеризация, обеспечивающая повышение качества и эффективности медицинской помощи. В рамках амбулаторной помощи развивалась реабилитация и восстановительное лечение больных и инвалидов, в результате чего существенно сокращались сроки временной нетрудоспособности, увеличивалось число больных, восстановивших трудоспособность, снижалось число лиц, получавших инвалидность.

С некоторыми изменениями созданная система амбулаторно-поликлинической помощи практически просуществовала до наших дней. При этом сохранилось принципиальное отличие от западных стран: врач первого контакта в отечественном здравоохранении – это участковый терапевт. Заболев, человек обращается в поликлинику, и лечится дома по назначениям участкового терапевта или узкого специалиста поликлиники. Часть пациентов по направлению врачей поликлиники или самостоятельно через службу «скорой помощи» попадает в стационар. После больные возвращаются вновь под наблюдение участкового терапевта. В большинстве стран запада врач первого контакта – это врач общей практики (или семейный врач). Порядок обращения пациентов к врачам общей практики и врачам специалистам, а также имеющийся у пациента выбор и организация медицинского обслуживания значительно различаются по странам. Во многих странах растет интерес к дополнительной и альтернативной медицине. Однако неясны вопросы возмещения стоимости альтернативных видов лечения, возможности включения в ассортимент услуг общественного здравоохранения. Пока не существует универсальной модели, поскольку традиции альтернативной медицины в странах разные. Существенные различия между странами имеют место и в области профилактики болезней. Остаются некоторые проблемы, такие как интеграция специализированной помощи в общую практику [3].

Однако, с развитием в России уникальной по сравнению с другими странами системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи, накапливались и проблемы, связанные с материально-техническим состоянием учреждений, уровнем подготовки медицинских кадров, качеством и культурой оказания медицинской помощи,

резким падением престижа всей службы, особенно участкового врача и т. п., которые в определенной мере разрешались. Система амбулаторно-поликлинической помощи в России на протяжении своей истории неоднократно подвергалась экспериментированию.

Направления реформирования амбулаторно-поликлинической помощи в постсоветское время

Смена государственного строя и переход на рыночную экономику неизбежно внесли изменения и в развитие здравоохранения. В период 1987–1990 гг. проводился опыт по внедрению принципов хозяйственного расчета в учреждения здравоохранения, нового хозяйственного механизма (НХМ) в Самарской, Кемеровской областях и в Санкт-Петербурге. В ходе эксперимента главенствующая роль отводилась амбулаторно-поликлиническому звену, которое становилось ответственным за оказание всех видов помощи. Поликлиника выступала в роли фондодержателя, вступая в договорные отношения с больничными стационарами, консультативными центрами и другими ЛПУ, должна была оплачивать всю лечебную работу этих учреждений в отношении прикрепленного к ней населения. К сожалению, НХМ не мог существенно изменить к лучшему ресурсное обеспечение лечебно-профилактической помощи, ликвидировать пороки остаточного принципа финансирования здравоохранения и эксперимент тогда остался просто экспериментом [4].

Чуть позже, в 1990–1995 гг. проводился организационный эксперимент по поиску рациональных форм обеспечения населения амбулаторно-поликлинической помощью. Одной из возможных оптимальных структур в городах была признана объединенная поликлиника, оказывающая медицинскую помощь одновременно взрослому и детскому населению, организация работы поликлиники по территориально-семейному принципу на основе бригадных форм организации и оплаты труда – разработаны критерии с учетом получения конечного результата. Внедрение новых организационных форм способствовало расширению объема и повышению качества медицинского обеспечения населения.

Большое значение в формировании здравоохранения имел переход к медицинскому страхованию. В этих условиях большое внимание уделялось состоянию медицинской помощи сельскому населению и ее развитию. Была предложена модель, в основе которой находился сельский территориальный центр здоровья. Принципиально важным в его деятельности являлось усиление взаимодействия между медицинскими учреждениями и структурными подразделениями оздоровительного, социального и другого профиля [5].

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» 1997 года нашли свое отражение необходимость проведения коренной реформы в организации, управлении и деятельности системы лечебно-профилактической помощи населению страны. В качестве одной из приоритетных задач по реформированию отрасли было намечено развитие первичной медицинской помощи в стране, усиление первичного звена здравоохранения. Концепция, в том числе, подразумевала мероприятия, связанные с изменением внутренней структуры амбулаторно-поликлинических учреждений по принципу врача общей практики – семейного врача, с внедрением стационарозамещающих технологий, созданием современной консультативно-диагностической службы. Дополнительно вопросы, изложенные в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки», были проработаны в «Основных направлениях государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000–2010 годы».

Диагностическая служба, созданная в соответствии с этими документами, представляла собой сеть принципиально новых учреждений, позволяющих обеспечить доступность к современным методам диагностики и лечения для населения, особенно на догоспитальном этапе [6]. Совершенно новым подходом к реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населению стало внедрение врача общей практики (семейного врача), поскольку изменяло само существо лечебно-профилактической помощи населению – участковый принцип, доказавший свои очевидные преимущества, усиленный модернизацией понятия пациента, за который теперь принималась семья [7]. Внедрение стационарозамещающих технологий рассматривалось как один из путей интенсификациии лечебно-диагностического процесса. Развитие стационарозамещающих форм улучшало использование коечного фонда стационаров, являлось эффективной формой медицинского обслуживания населения, способствовало сокращению сроков пребывания в стационаре, уменьшению коек восстановительного лечения, увеличению доступности восстановительного лечения для большого числа людей [8].

С дальнейшим развитием здравоохранения все более остро вставал вопрос об использовании внутренних ресурсов. В качестве одного из направлений развития здравоохранения было определено повышение эффективности использования ресурсов, в том числе, за счет структурной перестройки отрасли [9].

С целью совершенствования организационных аспектов оказания медицинской помощи населению крупного города, направленного на перераспределение объемов медицинской помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторный на базе дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи, в г. Краснодаре была разработана организационная модель. В основе – реструктуризация амбулаторной медицинской помощи с организацией на базе головных поликлиник округов межполиклинических центров, консультативно-диагностических, реабилитационных отделений и центров специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ); развитие сети дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, определение технологии взаимодействия между всеми структурными подразделениями амбулаторной и стационарной служб и т. д. [10].

С 2006 году в стране началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Проект состоял из комплексных мероприятий, отобранных по стратегическим приоритетам развития здравоохранения, и предполагал плавный переход к его реформе, начиная с 2009 года. Реализация происходила по 4 основным направлениям, одно из которых – развитие первичной

медико-санитарной помощи: повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения, в частности врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих с ними; врачей, фельдшеров и медицинских сестер скорой медицинской помощи; фельдшеров, акушерок и медицинских сестер ФАП; оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой помощи современным оборудованием и автотранспортом; увеличение подготовки врачей на курсах повышения квалификации и переподготовки; усиление профилактической составляющей медицинской помощи: иммунизация населения и расширение Национального календаря профилактических прививок, выявление и лечение инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С; диспансеризация и углубленные медицинские осмотры населения, в том числе работающих во вредных и опасных условиях труда, диспансеризация детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; обследование новорожденных на галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и проведение аудилогического скрининга.

Главная цель ПНП «Здоровье» – улучшение здоровья населения. Реализация его показала определенные положительные результаты. Однако основное внимание в большей степени было уделено закупкам дорогостоящего оборудования: вложения в развитие первичной медицинской помощи и профилактику – наиболее эффективные меры улучшения здоровья населения – составили всего 60% всех средств; вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение оплаты труда медицинских работников и повышение их квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, оказались малы [11].

Современный этап развития амбулаторно-поликлинической помощи

В настоящее время процесс структурно-функциональной реорганизации отрасли продолжается. В разных регионах осуществляются процессы преобразований в здравоохранении: внедрение одноканального финансирования, введение стандартов и новых методов оплаты медицинской помощи, создание новых организационно-правовых форм учреждений здравоохранения. Проводятся исследования, направленные на обновление работы системы здравоохранения на основе увеличения амбулаторно-поликлинической помощи населению [12,13].

Правительство РФ постановлением от 19.05.2007 г. № 296 утвердило направления преобразований в рамках федерального пилотного проекта – правила финансирования расходов на его реализацию и перечень участвующих в нем регионов (2007) [14]. В числе основных направлений модернизации – осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты других видов медицинской помощи (система фондодержания). Пилотный проект рассматривался как эксперимент, который позволил бы получить ответы на вопрос о направлениях преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны, как способ выявления возникающих проблем. Это направление проекта реализуется в 11 регионах (Белгородской, Владимирской, Калужской, Тверской, Вологодской, Томской, Калининградской, Ленинградкой областях, Хабаровском крае, Республике Чувашия, Татарстане). Амбулаторно-поликлинические учреждения этих регионов становятся держателями средств не только на собственную деятельность, но и на другие виды медицинской помощи, оказываемые прикрепленному населению. Для этого вводится подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи. В состав норматива подушевого финансирования входят часть расходов на стационарную помощь, консультации специалистов и исследования в других медицинских учреждениях. За основу взят вариант частичного фондодержания, при котором поликлиника несет финансовые риски в ограниченных масштабах.

В столичном здравоохранении в последние годы также произошли существенные изменения: с 1 июля 2012 года начала действовать трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослым, в которую входят амбулаторно-поликлинические учреждения (первичная помощь населению), амбулаторные центры (специализированная медико-санитарная помощь) и консультативно-диагностические отделения и центры – структурные подразделения стационаров. Цель введения трехуровневой системы оказания медпомощи – повышение качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи. В соответствии с государственной программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» (2013) должна измениться структура амбулаторно-поликлинического звена, в результате чего пациенты смогли бы в рамках одного учреждения получить консультативную и лечебно-диагностическую помощь специалистов разных профилей, на 30% сократить административный аппарат, получить дополнительные средства на оплату труда медиков [15].

Предполагается, что реорганизация позволит проводить и контролировать полноценное законченное лечение, поскольку его оплата будет проходить как оплата по «законченному случаю», когда пациенту будут проведены все необходимые исследования и назначено лечение «с последующим улучшением здоровья».

Заключение

Вполне естественно, введение трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи вызывает противоречивые мнения. Многие оппоненты считают, что возникают новые проблемы, как для медицинских работников, так и для больных. Несомненно, становление трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи будет корректироваться и совершенствоваться, ориентируясь на замечания и предложения заинтересованных сторон.

Однако опыт развития здравоохранения показывает, что акцент на первичной медико-санитарной помощи с определением приоритета роли участкового терапевта является положительной и вполне обоснованной тенденцией, как со стороны оптимизации лечебного процесса, так и с точки зрения экономической целесообразности. Безусловно, помимо организационных вопросов следует обратить внимание и на проблему наличия квалифицированных кадров участковой терапевтической службы.

Список литературы

1. Стародубов В.И. Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации [Журнал] // Менеджер здравоохранения. - 2004 г. - Т. 2. - стр. 4-10.
2. Логинова Е.А., Дерябина В.Л., Копыт Н.Я. и др. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения [Книга] / Под ред. Лисицына Ю.П. - М : Медицина, 1987. - Т. 2 : стр. 464.
3. Ettelt S., Nolte E., Mays N. et al. Основы политики. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах [Книга]. - М : Реал Тайм, 2009 г. - 96.
4. Ройтман М.П., Линденбратен А.Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию [Журнал] // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1996 г. - Т. 1. - стр. 30-36.
5. Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России [Журнал] // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1996 г. - Т. 2. - стр. 3-11.
6. Прощенский Б.М. Организационно-экономические механизмы совершенствования консультативно-диагностической помощи населению // Автореф. дис. … канд. мед. Наук. - М : , 2004 г. - стр. 24.
7. Щепин О.П., Овчаров В.К. Организационный и методический подход к работе врача общей практики (семейного врача [Журнал] // Семейная медицина. - 1998 г. - Т. 2. - стр. 2-7.
8. Горбунков В.Я. Организационно-экономическое обоснование стационарозамещающих форм хирургической помощи // Автореф. дис. д-ра мед. Наук. - М :, 2003 г. - стр. 48.
9. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ // Бюлл. НИИ им. Н.А Семашко. Тематич. вып. - 2000 г. - стр. 89-92.
10. Ханкоев И.М. Научное обоснование и разработка средств оптимизации системы медицинской помощи населению крупного города // Автореф. дис. … д-ра мед. наук. - М : , 2001 г. - стр. 48.
11. Хальфин Р.А. Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» [Раздел книги] // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. Стародубова В.И. Щепина О.П. - М :, 2013.
12. Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов [Книга] // ПоповичЛ.Д., Потапчик Е.Г., Салахутдинова Е.В., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – С. 11-40.
13. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации [Журнал] // Проблемы социальной гигиены. Здравоохранения и истории медицыны. - 2012 г. - Т. 6. - стр. 26-31.
14. Постановление Правительства РФ от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах РФ пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и перечня субъектов РФ, участвующих в его реализации».
15. Государственная программа г. Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)», утвержденная Постановлением Правительства Москвы от 22.02.2012г. № 64-ПП, от 28.05.2013 г. № 331-ПП.

References

1. Starodubov V.I. Prognoz razvitija sistem zdravoohranenija Rossijskoj Federacii [Zhurnal] // Menedzher zdravoohranenija. - 2004 g. - T. 2. - str. 4-10.
2. Loginova E.A., Derjabina V.L., Kopyt N.Ja. i dr. Rukovodstvo po social'noj gigiene i organizacii zdravoohranenija [Kniga] / Pod red. Lisicyna Ju.P. - M : Medicina, 1987. - T. 2 : str. 464.
3. Ettelt S., Nolte E., Mays N. et al. Osnovy politiki. Medicinskaja pomoshh' vne stacionara. Poluchenie obshhevrachebnoj i specializirovannoj medicinskoj pomoshhi v vos'mi stranah [Kniga]. - M : Real Tajm, 2009 g. - 96.
4. Rojtman M.P., Lindenbraten A.L. Ot novogo hozjajstvennogo mehanizma v zdravoohranenii k objazatel'nomu medicinskomu strahovaniju [Zhurnal] // Problemy social'noj gigieny i istorija mediciny. - 1996 g. - T. 1. - str. 30-36.
5. Shhepin O.P., Dmitrieva N.V., Korotkih R.V. Teoreticheskie i organizacionnye aspekty pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi v Rossii [Zhurnal] // Problemy social'noj gigieny i istorija mediciny. - 1996 g. - T. 2. - str. 3-11.
6. Proshhenskij B.M. Organizacionno-jekonomicheskie mehanizmy sovershenstvovanija konsul'tativno-diagnosticheskoj pomoshhi naseleniju // Avtoref. dis. … kand. med. nauk. - M : , 2004 g. - str. 24.
7. Shhepin O.P., Ovcharov V.K. Organizacionnyj i metodicheskij podhod k rabote vracha obshhej praktiki (semejnogo vracha [Zhurnal] // Semejnaja medicina. - 1998 g. - T. 2. - str. 2-
8. Gorbunkov V.Ja. Organizacionno-jekonomicheskoe obosnovanie stacionarozameshhajushhih form hirurgicheskoj pomoshhi // Avtoref. dis. d-ra med. nauk. - M :, 2003 g. - str. 48.
9. Shhepin V.O. Strukturno-funkcional'nye preobrazovanija v sisteme lechebno-profilakticheskoj pomoshhi naseleniju RF // Bjull. NII im. N.A Semashko. Tematich. vyp. - 2000 g. - str. 89-92.
10. Hankoev I.M. Nauchnoe obosnovanie i razrabotka sredstv optimizacii sistemy medicinskoj pomoshhi naseleniju krupnogo goroda // Avtoref. dis. … d-ra med. nauk. - M : , 2001 g. - str. 48.
11. Hal'fin R.A. Uroki prioritetnogo nacional'nogo proekta «Zdorov'e» [Razdel knigi] // Obshhestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie. Nacional'noe rukovodstvo / Pod red. Starodubova V.I. Shhepina O.P. - M :, 2013.
12. Selezneva E.V., Shejman I.M., Shishkin S.V. Soderzhanie organizacionno-jekonomicheskih innovacij i ih sootvetstvie zadacham povyshenija jeffektivnosti ispol'zovanija resursov [Kniga] // PopovichL.D., Potapchik E.G., Salahutdinova E.V., Selezneva E.V., Shejman I.M., Shishkin S.V. Modernizacija zdravoohranenija: novaja situacija i novye zadachi / Pod red. I.M. Shejmana, S.V. Shishkina. – M.: Izdatel'stvo «Delo» RANH, 2010. – S. 11-40.
13. Shhepin V.O., Mirgorodskaja O.V. Strukturnyj analiz seti uchrezhdenij ambulatorno-poliklinicheskoj pomoshhi v Rossijskoj Federacii [Zhurnal] // Problemy social'noj gigieny. Zdravoohranenija i istorii medicyny. - 2012 g. - T. 6. - str. 26-31.
14. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 19.05.2007 g. № 296 «Ob utverzhdenii finansirovanija v 2007 g. rashodov na realizaciju v sub#ektah RF pilotnogo proekta, napravlennogo na povyshenie kachestva uslug v sfere zdravoohranenija i perechnja sub#ektov RF, uchastvujushhih v ego realizacii».
15. Gosudarstvennaja programma g. Moskvy na srednesrochnyj period (2012-2016 gg.) «Razvitie zdravoohranenija g. Moskvy (Stolichnoe zdravoohranenie)», utverzhdennaja Postanovleniem Pravitel'stva Moskvy ot 22.02.2012g. № 64-PP, ot 28.05.2013 g. № 331-PP.