

**КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2020 г.**

От редакции:

24 июля 2008 г. на расширенном заседании Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты Российской Федерации прошли слушания по обсуждению рабочих материалов Комиссии по разработке Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года.

Редакция журнала будет знакомить читателей с основными положениями Концепции и ходом ее подготовки. В ближайших номерах мы опубликуем аналитические справки, содержащиеся в представленных для обсуждения материалах. Приглашаем наших читателей к обсуждению Концепции, текст которой вывешен на сайте нашего издательского дома (www.idmz.ru).

В данном номере мы публикуем комментарии **Кадырова Ф.Н., принимавшего участие в этих слушаниях**, по основным положениям Концепции
Шеф-редактор журнала Куракова Н.Г.

Общая тональность обсуждения была положительной. Отмечалась насущная необходимость скорейшего принятия Концепции, отражающей реалии сегодняшнего дня, особенно на фоне истечения сроков действия предыдущей, которая, **по сути дела**, не была реализована.

К позитивным моментам можно отнести и то, что отсутствовала присущая при разработке предыдущей Концепции ярко выраженная конфронтация между представителями различных кругов медицинской общественности, законодательными и исполнительными органами власти различных уровней, представителями медицинской науки и практики. Широкое представительство участников и близость позиций по многим вопросам свидетельствовали об этом.

Вместе с тем, большинство выступающих подчеркивало, что Концепция нуждается в серьезной доработке. Впрочем, это логично, ведь обсуждалась еще только первая версия проекта Концепции.

Среди основных достоинств Концепции отмечались следующие:

- попытки вычленивать интересы различных субъектов здравоохранения;
- имеются предложения по использованию движущих мотивов субъектов здравоохранения;
- широко представлен аналитический материал;
- представляет большой интерес обзор опыта зарубежных стран.

В числе недостатков Концепции отмечались:

- недостаточное внимание к реструктуризации отрасли;
- слабый акцент на этапность оказания медицинской помощи;
- недостаточная проработка проблемы разделения полномочий на различных уровнях;
- отсутствие достаточного внимания к детству и родовспоможению;
- наличие терминологических ошибок и неточностей.

Концепция состоит из 4 частей и приложений.

ЧАСТЬ I. Анализ состояния демографии, здоровья населения, системы здравоохранения и цели Концепции.

ЧАСТЬ II. Ключевые направления развития здравоохранения.

ЧАСТЬ III. Ключевые направления охраны здоровья населения.

ЧАСТЬ IV. Законодательное и нормативно-правовое обеспечение реализации Концепции.

Мы коснемся обзора лишь разделов второй части Концепции, определяющих **УБРАТЬ :будущую** стратегию развития здравоохранения на будущее, уделив особое внимание наиболее интересным положениям.

Общая структура основных разделов этой части выглядит следующим образом:

- задачи
- целевые показатели для оценки реализации задач;
- основные мероприятия;
- этапы реализации.

Раздел 2.1. УВЕЛИЧЕНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Основная задача: Увеличить финансирование Программы государственных гарантий (ПГГ) до уровня, обеспечивающего выполнение современных стандартов медицинской помощи, единых для всего населения РФ.

Основные целевые показатели:

- Объем финансирования ПГГ должен составлять к 2012 г. не менее 5-6 % ВВП.
- К 2012 г. выполнение ПГГ в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи должно быть обеспечено во всех субъектах РФ.

2.2. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Среди декларируемых задач необходимо выделить следующую: «Сконцентрировать средства на оплату медицинской помощи по ПГГ преимущественно в одном канале (системе ОМС) и установить единую тарифную политику».

Вместе с тем, следует отметить, что Концепция не дает четкого понимания того, что собой должна представлять система ОМС, постоянно подвергаемая серьезной критике. Очевидно, следовало бы сначала определиться с тем, какой мы хотим видеть систему ОМС. Кроме того, в настоящее время нет четкой и однозначной оценки эксперимента по введению одноканального финансирования, проводимого в ряде регионов РФ.

Предлагаемые в Концепции источники государственного финансирования здравоохранения:

- страховой платеж работодателя — 5% от ФОТ (вместо 3,2% в доле ЕСН) вне зависимости от размера заработной платы или прогрессивная шкала отчислений;
- подоходный налог с работника — дополнительные 3% (т.е. всего 16%);
- фиксированные отчисления в федеральный бюджет по НДС, налогу на прибыль и 100% отчисления с акцизов на табачные изделия, алкоголь, налоги и штрафы с предприятий, загрязняющих окружающую среду.

Для создания прозрачной и управляемой системы финансирования признается необходимым установить в системе ОМС единые для РФ тарифы на медицинскую помощь. Тарифы будут необходимо дифференцировать по уровню учреждений, т.е. возможности исполнять установленные стандарты медицинской помощи, и по географическому расположению ЛПУ.

Предлагается установить единые современные способы оплаты за медицинские услуги лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ). При этом тариф на медицинские услуги должен быть полным, т.е. включать как собственно оказание медицинской помощи, так и расходы на текущее содержание ЛПУ, повышение квалификации кадров и страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

Необходимость наличия или устранения частных страховых медицинских организаций (СМО) в цепочке доведения государственных средств до ЛПУ в Концепции

определяется набором тех функций, которые будут возложены на эти организации. Обоснованность их присутствия в этой цепочке, по мнению разработчиков Концепции, может быть оправдана при условии принятия ими финансовых рисков по превышению объемов оказания медицинской помощи застрахованному населению, жесткого государственного регулирования их деятельности и некоммерческого характера этой деятельности, недопущения смешения средств ОМС и ДМС, наличия продуманной системы стимулов для заинтересованности СМО в повышении качества медицинской помощи застрахованным. Признается необходимость устранить дублирование функций СМО с территориальными фондами ОМС.

Раздел 2.2.4 посвящен структуре и основные функции органов управления и финансирования здравоохранения.

2.2.5. Централизация управления.

В Концепции признается целесообразным частично восстановить централизацию управления системой здравоохранения на уровне Минздравсоцразвития РФ и органов управления здравоохранением субъектов РФ, а именно:

- обеспечить единообразие управления системой здравоохранения в субъектах РФ путем создания единых отраслевых федеральных, региональных и муниципальных стратегических программ развития с доведением их до уровня ЛПУ, а также разработки административных регламентов для всех структур системы здравоохранения. Разработать систему индикаторов для всех уровней управления, включая ЛПУ, в соответствии с лучшими по России и зарубежными значениями этих индикаторов;
- предусмотреть по предоставлению Министром здравоохранения и социального развития РФ назначение и снятие руководителем исполнительной власти субъекта РФ руководителя регионального органа управления здравоохранением по итогам выполнения стратегических программ развития;
- централизовать управление на уровне субъектов РФ с передачей от муниципалитетов полномочий и ресурсов на региональный уровень управления;
- разрешить региональным органам управления здравоохранения по представлению регионального отделения Росздравнадзора сменить руководителя ЛПУ в случае неисполнения им запланированных индикаторов.

Безусловная, **СНЯТЬ ЗАПЯТУЮ** логика в подобных предложениях имеется: реализация единой стратегии управления здравоохранением невозможна в условиях существующей разобщенности. Однако реализация этих предложений противоречит многим действующим нормативным актам, без внесения изменения в которые они не будут реализованы. Кроме того, наверняка, региональные власти будут противиться этим предложениям, ограничивающим их самостоятельность.

Рыночные механизмы управления государственным здравоохранением, предлагаемые в разделе 2.2.6, предусматривают, в частности, расширение прав и полномочий руководителей ЛПУ в сфере управления ЛПУ, поэтапно **Е** измен**ЕНИЕ** организационно-правовы**Х** форм государственных и муниципальных ЛПУ (**при определении перечня** учреждений, которые будут находиться только на бюджетном финансировании).

Раздел 2.2.7. «Планирование развития здравоохранения» включает предложения:

- осуществить поэтапный переход в течение 2–3 лет от системы планирования медицинской помощи по объемам ее оказания на планирование по объемным и качественным нормативам;
- разработать новые нормативы труда врачей различных специальностей;

- сформировать систему долгосрочного планирования подготовки кадров по числу и структуре с учетом потребностей практического здравоохранения, в том числе и механизмов распределения кадров в сельской местности;
- разработать и внедрить новые стандарты, основанные на доказательной медицине и соответствующие международным.

Раздел 2.2.8. посвящен регулированию государственной системы здравоохранения.

Раздел 2.2.9. посвящен контролю и надзору в сфере здравоохранения.

2.2.10. Изменение организационно-правовых форм государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Предполагается создать условия для конкуренции за исполнение государственного заказа по ППГ в рамках установленных государственных тарифов, что потребует от ЛПУ повышения качества медицинской помощи (чтобы привлекать дополнительных пациентов), а также снижения издержек на ее оказание. По мнению разработчиков Концепции, это позволит увеличить фонд оплаты труда квалифицированным специалистам и даст возможность приобрести лекарственные средства и расходные материалы в достаточном количестве, обновить оборудование и др. При этом для руководителей ЛПУ важно иметь возможность свободно управлять финансовыми, кадровыми и материально-техническими ресурсами как в целях оперативного управления, так и планирования развития учреждения. Отмечается, что сегодня для бюджетных ЛПУ, находящихся в государственной и муниципальной собственности, это невозможно, так как они финансируются путем распределения средств по смете (причем медицинская помощь и содержание ЛПУ оплачиваются из различных источников — соответственно, из ОМС и из бюджета собственника). Более того, введение № 94-ФЗ также существенно ограничивает возможности оперативного управления ресурсами бюджетных ЛПУ. Это касается, в частности, срочного приобретения медикаментов и расходных материалов. В этих условиях наиболее приемлемой организационно-правовой формой для государственных и муниципальных ЛПУ признается автономное учреждение (АУ). При этом переход бюджетных учреждений в АУ должен происходить поэтапно, после отработки его работы в «пилотных» субъектах РФ. Необходимо также определить перечень учреждений, которые будут по-прежнему финансироваться по смете (например, инфекционные больницы, туберкулезные диспансеры, стационары для психохроников и др.).

Вместе с тем, отмечается, что при переходе бюджетных учреждений в АУ возникают определенные риски, связанные с тем, что ответственность собственника (т.е. муниципалитета и государства) при невыполнении АУ своих обязательств не предусмотрена, также при неэффективном управлении АУ есть риски его банкротства, а значит снижения территориальной доступности медицинской помощи населению в отсутствие других ЛПУ. Нивелирование этих рисков может быть снято усилением контроля со стороны органа управления здравоохранением над эффективностью деятельности главных врачей, а также проанализировано на примере «пилотных» регионов.

Обращаем внимание читателей на то, что в соответствии с действующим законодательством (о чем журнал «Менеджер здравоохранения» писал уже не раз) изменение типов существующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в настоящее время недопустимо.

2.2.11. посвящен оказанию платных услуг пациентам (с оплатой в момент оказания медицинской помощи) и по ДМС (по договорам со СМО) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В Концепции отмечается, что сегодня платные услуги в ЛПУ являются источником дополнительного дохода для государственных и муниципальных учреждений

здравоохранения, а также повышают доступность медицинской помощи для тех категорий граждан, у которых есть средства на оплату таких услуг. Вместе с тем отсутствие прозрачной регламентации этих услуг в ЛПУ, в том числе порядка формирования тарифов, приводит к неконтролируемому использованию государственного имущества, снижению доступности бесплатной медицинской помощи для основной массы пациентов, обслуживаемых по ПГГ, и существенным различиям в качестве и доступности медицинской помощи различным слоям населения.

Учитывая, что тарифы на медицинские услуги и объемы помощи для населения по ПГГ будут повышаться, и, принимая во внимание, что сегодня интенсивно развивается инфраструктура частных ЛПУ, особенно в крупных городах, потребность населения в платных услугах в государственных и муниципальных ЛПУ будет уменьшаться. Вместе с тем в целях эффективного использования государственной собственности и ресурсов необходимо уже в 2008 г. разработать регламент оказания этих услуг по принципу хозрасчетных отделений и установить через отделения Росздравнадзора контроль над их исполнением. При этом тарифы по оказанию медицинской помощи, по которым будут оказываться платные услуги, не должны превышать тарифы, установленные по ПГГ. Это, по мнению авторов Концепции, будет стимулировать ЛПУ выполнять большие объемы оказания медицинской помощи по ПГГ. Отметим, что это далеко не однозначное предложение: любые попытки искусственного сдерживания рыночных цен чреваты либо сокращением объемов этих услуг и дефицитом, либо теневой оплатой услуг.

В концепции также отмечается, что в целом и государственные, и муниципальные, и частные ЛПУ, находясь в равных условиях по отношению к возможности оказывать медицинскую помощь по ПГГ, должны иметь равную возможность и по оказанию платных услуг напрямую пациентам, и по ДМС (особенно при переходе в АУ). В дальнейшем было бы целесообразно максимально увеличить долю услуг по ДМС и значительно сократить или устранить возможность оплаты услуг самим пациентом в ЛПУ и по прямым договорам с работодателями.

2.2.12. Устранение нелегитимных платежей в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Этому, как предполагается в Концепции, будут способствовать следующие меры:

- принятие закона о государственных гарантиях, в котором будут определены государственные гарантии по перечням услуг и перечням лекарственных средств (т.е. четко определен «пакет» ПГГ);
- повышение тарифов на медицинскую помощь до уровня, обеспечивающего достойную оплату труда врачей, достаточное обеспечение медикаментами и расходными материалами и позволяющего выполнить современные стандарты медицинской помощи;
- проведение контрольных и надзорных мероприятий со стороны руководства ЛПУ территориальных отделений Росздравнадзора и органов управления здравоохранением субъекта РФ по устранению нелегитимных платежей в ЛПУ;
- установление санкций, вплоть до увольнения главных врачей, в случае факта взимания нелегитимных платежей в ЛПУ;
- проведение общей разъяснительной работы среди пациентов о недопустимости нелегитимных платежей в адрес медицинских работников.

2.2.13. Порядок принятия управленческих решений в здравоохранении и информационное освещение деятельности Минздравсоцразвития РФ.

Повысить качество управленческих решений в здравоохранении предлагается путем разработки Положения Минздравсоцразвития РФ о порядке принятия управленческих решений и создания системы научно-методических, экспертных и общественных Советов при Минздравсоцразвития РФ.

Предполагается привлечь отдельную организацию (НИИ, консалтинговую компанию) для оценки эффективности медицинских технологий, как это принято сегодня в развитых странах.

Необходимо будет разработать программу освещения в СМИ основных направлений и целей «Концепции развития здравоохранения», а также стратегических решений, принимаемых в здравоохранении.

Предложено предусмотреть ежегодный доклад Министра здравоохранения и социального развития о ходе реализации Концепции и стратегических программ развития субъектов РФ, а также публичное обсуждение этого доклада с выработкой решений на предстоящий период.

2.2.14. Взаимоотношения государства и частного капитала в здравоохранении, развитие частно-государственного партнерства.

Обращаем внимание на то, что корректнее говорить не о частно-государственном, а о государственно-частном партнерстве.

Предлагается различать уровни участия частного капитала в здравоохранении.

Участие в финансировании здравоохранения в форме платежей на ДМС (работника и/или работодателя) и оплаты (соплатежей) населением медицинской помощи в момент ее оказания (в том числе приобретение лекарственных средств и оплата санаторно-курортного лечения). В Концепции отмечается, что по этому вопросу в странах с развитой рыночной экономикой имеется однозначная позиция — снижение объемов государственного финансирования здравоохранения в пользу ДМС и соплатежей снижает доступность медицинской помощи для широких слоев населения, ухудшает показатели здоровья населения и усиливает неравенство между различными группами населения. Особенно это актуально для РФ, в которой, с одной стороны, государственная система здравоохранения недофинансирована, с другой — стоят масштабные задачи по улучшению демографических показателей. Поэтому увеличение финансирования здравоохранения за счет частных источников может рассматриваться только как дополнение к объемам государственного финансирования здравоохранения, а не взамен этого финансирования.

Вместе с тем возможность получения медицинской помощи обеспеченными гражданами и организациями сверх ПГГ (например, лучшие сервисные условия, возможность обслуживания вне очереди и др.) или взамен ПГГ вполне оправдана (если есть спрос, то должно быть и предложение). Какие-либо дополнительные льготы участникам этой системы предоставлять нецелесообразно, так как имеют место рыночные взаимоотношения. Но при этом государство должно обеспечить выполнение как минимум трех условий. Первое — объем оказания медицинской помощи (стандарты) по ПГГ и по программам ДМС должен быть одинаковым (иначе будет усугубляться неравенство между различными слоями населения); второе — установленный минимальный взнос на ОМС, оплаченный гражданами, которые хотят полностью обслуживаться по системе ДМС, должен остаться в системе ОМС (так как система ОМС может оказаться без достаточных ресурсов на оказание медицинской помощи широким слоям населения); третье средства ОМС и ДМС не должны смешиваться (так ОМС носит характер некоммерческого страхования, а ДМС — коммерческого).

Участие частного капитала в доведении государственных средств до поставщиков медицинской помощи (ЛПУ). Этот вопрос касается наличия частных страховых посредников в доведении средств до ЛПУ. Как отмечается в Концепции, во всех странах с развитой рыночной экономикой система ОМС носит некоммерческий характер (так как в основе государственного страхования лежит принцип солидарности, а не получения прибыли). Поэтому ОМС реализуется в этих странах через некоммерческие, чаще всего саморегулируемые организации; а система ДМС носит коммерческий характер и всегда реализуется через отдельные частные страховые компании. Поэтому участие СМО в доведении государственных средств на финансирование медицинской помощи по ПГГ должно происходить или через государственную систему ОМС, или через

некоммерческие страховые компании, работающие под жестким контролем государства и специально аккредитованные на федеральном.

Участие частного капитала в финансировании частной инфраструктуры здравоохранения — строительство многопрофильных ЛПУ, поликлиник, центров профилактики и др. Развитие этих учреждений является полностью зоной ответственности бизнеса и определяется возможностью граждан оплачивать услуги этих учреждений как самостоятельно, так и по ДМС. Государство будет регулировать качество оказания услуг в этих учреждениях через систему лицензирования и аккредитации ЛПУ, а также через систему обязательной сертификации специалистов. Участие учреждений частной формы собственности в исполнении ПГГ является перспективным, так как, заказывая услуги по ПГГ в частных учреждениях здравоохранения, государство получает возможность, с одной стороны, разгрузить очередность на оказание этих услуг по ПГГ, не вкладывая при этом средства в строительство и расширение собственных учреждений, с другой — усилить конкуренцию между учреждениями различной формы собственности, а значит, способствовать повышению эффективности управления.

Совместное финансирование государством и частным капиталом строительства инфраструктуры учреждений здравоохранения. Это направление также признается перспективным, так как происходит экономия государственных средств на капитальное строительство и инвестиции. При этом сэкономленные средства могут пойти на оказание собственно медицинской помощи и повышение ее доступности. При заключении подобных договоров государственно-частного партнерства необходимо разработать механизм предоставления налоговых льгот, льгот на кредитование и прозрачные механизмы возврата инвестированных государством средств в государственную систему здравоохранения (в форме медицинских услуг) и порядок регулирования государством цен на услуги этих учреждений.

Участие частного капитала в организации офисов частно практикующих врачей. В Концепции отмечается, что в большинстве развитых стран, имеющих страховую модель финансирования здравоохранения, врачи первичного звена здравоохранения являются частно практикующими и с успехом работают по государственным тарифам как в системе государственного обязательного страхования, так и в системе ДМС. Чаще всего эти врачи объединены в саморегулируемые врачебные организации, которые участвуют в переговорах с государством о тарифах, разрабатывают стандарты деятельности и профессиональной квалификации. Это направление в РФ может быть поддержано государством как направление развития малого бизнеса и особенно в случаях недостатка инфраструктуры государственных учреждений, например в сельских районах и географически отдаленных субъектах РФ. Процедуры лицензирования и аккредитации таких организаций должны быть приведены к международным требованиям.

Интенсифицировать развитие офисов частно практикующих врачей взамен существующих государственных поликлиник, зарекомендовавших себя как эффективный инструмент оказания медицинской помощи населению, на данном этапе развития здравоохранения, по мнению разработчиков Концепции, нецелесообразно. При этом участие частно практикующих врачей в программе государственных гарантий может происходить на общих основаниях, по государственным тарифам и при условии соблюдения заданного уровня качества медицинской помощи этими врачами.

2.3. ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ИХ К КАЧЕСТВЕННОМУ ТРУДУ

К числу основных задач относится:

- Повышение средней заработной платы медицинских работников (к 2012 г. средняя заработная плата по отрасли должна возрасти в 2,5-3раза;
- улучшение социальной защищенности медицинских работников;
- увязка уровня заработной платы с качеством и объемом медицинской помощи;

- повышение качества высшего и среднего медицинского и **фармацевтического** образования путем приведения в соответствие с европейскими требованиями системы высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования.

Ставится задача привести соотношение врачей и сестринского персонала в соответствие к соотношению: 1:3.

В этом разделе **также** уделено внимание системе создания непрерывного послевузовского медицинского образования, информированности медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, качеству преподавания в медицинских вузах и управление медицинскими и фармацевтическими вузами, их материально-техническому обеспечению и т.д.

РАЗДЕЛ 2.4. ПОСВЯЩЕН НАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКЕ, РАЗВИТИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

2.5. РАЗВИТИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ВЫРАВНИВАНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗЛИЧНЫХ СУБЪЕКТАХ РФ И УЛУЧШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Основные задачи определены следующим образом:

1. Повысить качество и доступность медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями системы кровообращения.
2. Повысить качество и доступность медицинской помощи онкологическим больным.
3. Улучшить систему обеспечения учреждений здравоохранения препаратами крови.
4. Повысить качество и доступность медицинской помощи больным, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.
5. Улучшить материально-техническое обеспечение государственных и муниципальных ЛПУ, участвующих в реализации ППГ, до уровня, соответствующего установленному стандарту оснащения.
6. Повысить качество и доступность реабилитационной помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, и доступность медико-социальной помощи нуждающимся в долговременном уходе.
7. Повысить качество и доступность медицинской помощи сельскому населению.

Определены общие требования и содержание целевых долгосрочных программ, направленных на снижение смертности от управляемых причин,

Раздел 2.6. ПОСВЯЩЕН РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Раздел 2.7. ПОСВЯЩЕН РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В заключение отметим, что мы дали лишь краткий комментарий по Концепции. Некоторые из разделов остались **нераскрытыми**. Интересующимся этими разделами рекомендуем ознакомиться с полным текстом Концепции на сайте издательского дома «Менеджер здравоохранения» www.idmz.ru.