

18.01.2012 г.

С.А. Мартынчик, С.М. Хомяков, Е.А. Глухова

## Механизм планирования муниципального задания на оказание стационарной помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

S.A. Martinchik, S.M. Khomyakov, Ye.A. Glukhova

## On the pathways of planning of a municipal budget task for population-based inpatient care of malignant neoplasm of the mammal gland

I.M. Sechenov Memorial Prime Moscow State Medical University, Moscow

**Резюме.** В работе представлены методологические основы планирования муниципального задания на оказание стационарной помощи больным раком молочной железы. Проанализированы достоинства и недостатки рекомендуемых методов бюджетного планирования, способов и приемов расчета планируемых величин натуральных и стоимостных показателей применительно к муниципальному заданию. Показано, что для формирования бюджета плана-задания онкологического диспансера наиболее оптимально использовать нормативный метод планирования, отражающий стандартизированные затраты на укрупненную единицу объема стационарной помощи – клинико-экономические группы, объединяющие болезни, сходные по технологии и стоимости лечения. Расчетно-аналитический метод бюджетного планирования на основе экономико-математического моделирования показателей по средним значениям объема и стоимости стационарного лечения пациента в профильном отделении диспансера используется в том случае, когда отсутствуют технологические и расходные нормативы. При этом взаимосвязь между отдельными объемными и финансовыми показателями может быть установлена лишь косвенным путем, на основе анализа и сопоставления отчетных данных. Показано, что методика формирования и исполнения бюджетов на основе нормативного подхода позволяет повышать экономическую эффективность деятельности онкологического диспансера. Обоснован механизм бюджетного планирования в виде способа формирования глобального (сводного) бюджета и проспективной оплаты за отдельный законченный случай лечения пациента по финансовому нормативу клинико-экономической группы больных раком молочной железы. Показано, что система планирования, именуемая «глобальный бюджет», управляется с помощью установленных дифференцированных тарифов оплаты за каждый законченный случай лечения больных раком молочной железы с учетом структуры объема и стоимости клинико-экономических групп и порядка проспективной оплаты.

**Ключевые слова.** Муниципальное задание, муниципальное учреждение, муниципальная услуга, метод бюджетного планирования, стандартизация затрат, клинико-экономические группы, финансовые нормативы затрат, законченный случай лечения, рак молочной железы.

**Summary.** To develop techniques of planning of municipal budget task for population-based inpatient care of malignant neoplasm of the mammal gland.

Advantages and drawbacks of two main existing techniques of budget task planning (standard-wise/analytical), methods and ways of calculating physical and cost-consuming values of medical services under the plan and within the frame of the municipal task were investigated into in this study. A standardized approach for planning was initially presumed as an optimal one for the arrangement of budget task for oncology outpatient clinic with inpatient department. This method was based on evaluating standardized expenses for providing inpatient care for the enlarged category of pathology that incorporated a certain clinical and economic cluster of diseases similar in tactics, technology means and costs of treatment, i.e. various cancers of the mammal gland.

Unlike the standardized approach, calculation analytical ways in budget planning were based on mathematical modeling of the indicators along mean values of the scope and costs of inpatient care in inpatient department of a clinic, and were usually taken on only in situations where any straightforward technological and cost-consuming standards of treatment were not available.

In this, a relationship between highlighted physical scope of medical care and cost-consuming indicators could have been established only but indirectly – through comparison of previously accounted data.

Standardized approach in arranging and realizing of a budget has contributed to certain economic efficiency of oncology outpatient clinic with attached inpatient facility.

A specially designed arrangement of combined overall budget was substantiated in this study as one of the pathways of budget planning. A prospective payment for individual completed case of treatment of a patient was introduced as the financial standard for the clinical economic cluster of patients with cancer of the mammal gland.

A specially designed arrangement of combined overall budget as one of the pathways of budget planning was guided by differentiated tariffs of payment for an individual completed case of treatment of a patient with cancer of the mammal gland. These tariffs were calculated along the cost of general scope of treatment and its structural elements in the given clinical economic cluster. These tariffs were implemented in prospective payment for medical services.

Standardized approach, unlike analytical calculations, in arranging and realizing of a budget task has contributed to economic efficiency of oncology outpatient clinic with attached inpatient facility.

**Key words.** Municipal budget task, municipal medical establishment, municipal unit of medical service, techniques of budget planning, standardization of costs, clinical economic cluster, financial standards of costs, completed case of treatment, cancer of the mammal gland.

**Введение.** В настоящее время уже можно выделить законодательно и нормативно закрепленный элемент бюджетирования, ориентированного на результат (БОР) в здравоохранении – муниципальное задание [9].

В качестве основных предпосылок для исполнения муниципального задания в практике муниципальных учреждений рассматриваются следующие [15, 16]:

- создание правовой основы для применения новых инструментов БОР (бюджетирование, ориентированное на результат) (обновленный БК РФ (бюджетный кодекс РФ), бюджетные послания, программные документы, концепции реформ бюджетного процесса, федеральные порядки по функционированию отдельных инструментов и т. д.);
- переход к среднесрочному финансовому планированию расходов в рамках жестких бюджетных ограничений (обоснование порядка формирования и финансового обеспечения муниципального задания);

- муниципальные услуги как основной объект управления по результату (обоснование перечня и состава муниципальной услуги, оказываемой муниципальными учреждениями за счет средств бюджета органов местного самоуправления);
- реструктуризация бюджетной сети и распределение всех существующих учреждений по новым типам (автономные, казенные, бюджетные учреждения), исходя из специфики деятельности, кадрового состава и т.д. (обоснование механизма предоставления новых типов субсидий на выполнение муниципального задания).

В результате указанных изменений перед органами местного самоуправления (финансирующая сторона) и муниципальными организациями (исполнители муниципального задания) появилось множество новых задач по реформированию организации бюджетного процесса в целях повышения качества муниципальных услуг, удовлетворенности населения и повышения эффективности и результативности бюджетных расходов.

В тоже время отсутствует научно-обоснованная концепция формирования и экономического обеспечения муниципального задания, включающая в себя инструменты БОР: среднесрочное планирование, стандарты и финансовые нормативы на уровне муниципальной организации, индикаторы и критерии оценки результата [4].

### **1. Методологические основы бюджетного планирования и прогнозирования применительно к муниципальному заданию**

Методов планирования и прогнозирования, способов и приемов расчета финансовых показателей применительно к муниципальному заданию существует много; каждый из них имеет преимущества и недостатки [7, 13].

**Эксперты относят к числу наиболее распространенных методов бюджетного планирования и прогнозирования следующие [10,14]:**

- нормативный метод;
- экономико-математический метод (экстраполяции);
- метод бюджетирования, ориентированного на результат;
- метод моделирования;
- метод экономического анализа.

Вопрос заключается в возможности обеспечить достижимый синергетический эффект отдельных методов с учетом практики реформирования бюджетного процесса, а именно: нормативный, экономико-статистический, БОР, моделирование, экономический анализ.

БОР – система организации бюджетного процесса и государственного (муниципального) управления, при которой планирование расходов осуществляется в непосредственной связи с достигаемыми результатами [3, 6].

Нормативный метод предполагает наличие норм и финансово-бюджетных нормативов, которые являются качественной основой для бюджетного планирования, предпосылкой для соблюдения режима экономии.

Содержание нормативного метода определяется в планировании объемных и финансовых показателей муниципального учреждения по нормативам финансовых затрат, отражающих стандартизованные затраты, и принуждающих исполнителей задания работать в режиме жестких требований (лимитных обязательств) к оптимизации расходов [8].

Кроме того, плательщику легче заказать объемы медицинской помощи по финансовым нормативам затрат, ориентированных на результат, - определенное число случаев законченного лечения с примерно одинаковой стоимостью для конкретных нозологических

форм заболеваний, с учетом структуры и специфики состава случаев оказания стационарной помощи [11].

Достоинствами нормативного метода планирования, где расчетной единицей планирования является укрупненная единица объема помощи (группы объединяющие болезни), сходные по технологии и затратам (клинико-экономические группы) является его простота. Зная норматив финансовых затрат и количество пролеченных больных, возможно рассчитать отклонение, на основе которого можно разработать мероприятия по их устранению [12].

Недостатками нормативного метода являются постоянное изменение регулируемых нормативов и необходимость их корректировки в связи с изменением условий функционирования муниципального учреждения.

Сущность экономико-математического метода (экстраполяции) в прогнозировании объемных и финансовых показателей муниципального учреждения заключается в том, что он позволяет найти количественное выражение взаимосвязей между показателями и факторами, их определяющими [10].

Для этого исследуются закономерности динамики конкретного показателя (определение линии его тренда) и распространении темпов этой динамики на прогнозируемый период, с целью нахождения функций за пределами области ее определения.

Достоинствами метода является объективность наблюдений за изучаемым объектом и возможность выявления факторов, на него влияющих.

Для организации системы анализа и планирования финансовых показателей, рекомендуется использование БОР в деятельности муниципального учреждения.

Бюджетирование (финансовое планирование) является составной частью управления по результатам и направлено на анализ результатов в процессе планирования, исполнения и контроля за исполнением бюджета муниципального учреждения.

Достоинства БОР заключаются в выполняемых им функциях: ориентация на достижение целей/результатов, координация видов деятельности, жесткий текущий и оперативный контроль за поступлением и расходованием средств [2].

Моделирование предполагает конструирование модели на основе предварительного изучения объекта или процесса, выделение его существенных характеристик или признаков, включает разработку модели, ее экспериментальный анализ, сопоставление результатов прогнозных расчетов на основе модели с фактическими данными состояния объекта или процесса, корректировку и уточнение модели [5].

Метод экономического анализа является неотъемлемой частью и одним из основных элементов логики прогнозирования и планирования. Экономический анализ позволяет раскрыть сущность и закономерности изменения показателей в прогнозируемом (плановом) периоде, всесторонне оценить возможности и пути достижения поставленных целей [1].

Таким образом, в качестве метода планирования и прогнозирования применительно к муниципальному заданию целесообразно использовать комбинацию выше указанных достоинств различных методов.

## **2. Экономико-математическая модель прогнозной оценки плановых объемов медицинской помощи и оплаты по уровням технологий ее оказания**

Экономико-математическая модель представляет собой точное математическое описание факторов, характеризующих структуру и закономерности изменения временных показателей деятельности диспансера с помощью математических уравнений.

В модель нами включены только основные (определяющие) факторы: число законченных случаев лечения больных раком молочной железы (РМЖ) и стоимость законченного случая лечения. Модель построена на основе функциональной или корреляционной связи определяющих показателей деятельности диспансера.

Функциональная связь выражается уравнением линейной регрессии вида:

$$Y = fx, \text{ где: } Y \text{ соответствующий показатель; } x \text{ - факторы. (1.)}$$

С помощью уравнения линейной регрессии можно найти количественное выражение взаимосвязей между показателями и факторами, их определяющими.

Модель нами описана с применением эмпирических формул на основе полученных данных временного ряда натуральных (число законченных случаев лечения больных РМЖ) и стоимостных показателей (стоимость законченного случая лечения) в подразделениях круглосуточного и дневного стационара за период с 2007 по 2009 гг.

Среднесрочный прогноз объема медицинской помощи больным РМЖ осуществлен с помощью экстраполяции временного ряда по тренду показателя «число законченных случаев лечения».

Расчет прогнозных показателей числа законченных случаев лечения больных РМЖ выполнен с применением уравнения линейной регрессии:

$$Y_1 = A_1 + K_1 * X_1, (2).$$

где:  $Y_1$  – число законченных случаев лечения больных (расчетные данные);  $A_1$  – среднее значение числа законченных случаев лечения больных (фактические данные),  $K_1$  – коэффициент изменения показателя с поквартальной разбивкой,  $X_1$  – изменение показателя законченные случаев лечения больных.

Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Среднесрочный прогноз объема стационарной помощи (Число законченных случаев лечения больных раком молочной железы в условиях круглосуточного стационара).**

Кварталы/ Факт-прогноз	Объемы помощи (Число законченных случаев лечения, человек)	
	Факт (2007-2009 гг.)	Прогноз (2010-2012 гг.)
1 13	135	143
2 14	140	144
3 15	146	144
4 16	119	145
6 18	149	146
7 19	152	146
8 20	122	147
9 21	144	147
10 22	150	148
11 23	151	148
12 24	125	149
А		146
К		0,49

В соответствии с табл. 1., из решения системы уравнений следует, что  $K_1=0,49$ ;  $X_1=8$ .

Показана почти линейная зависимость ежегодного увеличения числа пролеченных больных РМЖ на 8 пациентов в год от уровня среднего значения показателя - 146 пациентов. Следовательно, по прогнозу число законченных случаев лечения больных РМЖ в условиях круглосуточного стационара составит в 2010 г. – 576, в 2011 году – 584, в 2012 году – 592, соответственно.

Среднесрочный прогноз стоимости законченного случая лечения больных РМЖ в условиях круглосуточного стационара осуществлен с помощью экстраполяции временного ряда по тренду показателя «стоимость законченного случая лечения».

Расчет показателей осуществлен с помощью уравнения линейной регрессии:

$$Y_2=A_2+K_2*X_2, (3).$$

где:  $Y_2$  – стоимость законченного случая лечения (расчетные данные);  $A_2$  – среднее значение стоимости законченного случая лечения (фактические данные),  $K_2$  – коэффициент изменения показателя с поквартальной разбивкой,  $X_2$  – изменение показателя стоимости законченного случая лечения.

Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Среднесрочный прогноз стоимости законченного случая лечения больных раком молочной железы в круглосуточном стационаре**

Кварталы/ Факт-прогноз	Средняя стоимость законченного случая лечения, руб.	
	Факт (2007-2009 гг.)	Прогноз (2010-2012 гг.)
1 13	38608	42015
2 14	40809	43133
3 15	41289	43451
4 16	37914	43533
6 18	39838	44235
7 19	40817	44547
8 20	42426	44859
9 21	42727	45171
10 22	40819	45283
11 23	41129	45495
12 24	42245	46119
A	43128	45219
K		41785

В соответствии с табл. 2., из решения системы уравнений следует, что  $K_2=312$ ;  $X_2=1248$ .

Показана линейная зависимость ежегодного увеличения стоимости законченного случая лечения больной РМЖ на 1248 руб. в год от среднего показателя - 41 785 руб.

Следовательно, по прогнозу стоимость законченного случая лечения больного РМЖ в условиях круглосуточного стационара в 2010 г. составит 43 033 руб., в 2011 г. – 44 281 руб., в 2012 г. – 45 529 руб., соответственно.

Аналогичным образом нами сформированы временные ряды по трендам стоимости законченного случая лечения больной РМЖ в дневном стационаре.

Среднесрочный прогноз стоимости медицинской помощи больным РМЖ в дневном стационаре осуществлен с помощью экстраполяции временного ряда по тренду показателя «стоимость законченного случая лечения».

Расчет показателей осуществлен с использованием уравнения линейной регрессии:

$$Y_3 = A_3 + K_3 * X_3, (3).$$

где:  $Y_3$  – стоимость законченного случая лечения (расчетные данные);  $A_3$  – среднее значение стоимости законченного случая лечения (фактические данные),  $K_3$  – коэффициент изменения показателя с поквартальной разбивкой,  $X_3$  – изменение показателя стоимости законченного случая лечения.

Эти данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Среднесрочный прогноз стоимости законченного случая лечения больных раком молочной железы в дневном стационаре**

Кварталы/ Факт-План	Средняя стоимость законченного случая лечения, руб.	
	Факт (2007-2009 гг.)	Прогноз (2010-2012 гг.)
1 13	64400	67941
2 14	64890	65851
3 15	65517	66961
4 16	59553	65935
5 17	65238	68682
6 18	65687	69092
7 19	66451	65902
8 20	60812	66132
9 21	66259	69123
10 22	67357	70233
11 23	68565	65999
12 24	61387	67573
A		65892
K		195

В соответствии с табл. 3., из решения системы уравнений следует, что  $K_3=195$ ,  $X_3=780$ .

Показана линейная зависимость ежегодного увеличения стоимости законченного случая лечения больной РМЖ в условиях дневного стационара на 780 руб. в год от уровня среднего показателя - 65 892 руб.

Прогнозная стоимость законченного случая лечения больной РМЖ в дневном стационаре в 2010 году составила 66 672 руб., в 2011 году – 68 232 руб., в 2012 г. – 68 232, соответственно.

Анализ временных рядов находит дальнейшее применение в работе в процессе формирования глобального (сводного) бюджета как формы планирования муниципального задания на оказание стационарной помощи больным РМЖ и перспективной оплаты услуг диспансера.

### 3. Методика бюджетного планирования и перспективной оплаты законченного случая лечения больных раком молочной железы

Муниципальное задание и обоснование бюджетных ассигнований на стационарную помощь при РМЖ становится первым этапом внедрения методов БОР в онкологическом диспансере.

Разработка системы БОР в диспансере, предусматривает повышение управляемости путем составления бюджетов, оценки их исполнения с последующей корректировкой, как самих планов, так и поставленных стратегических задач.

БОР, представляет собой процесс оперативного финансового планирования, призванного обеспечить достижение целей и задач, стоящих перед диспансером.

Основная задача БОР заключается в повышении социально-экономической эффективности работы диспансера на основе наделения финансовой ответственностью его структурных подразделений.

Приходится констатировать, что до настоящего времени вопросы бюджетирования онкологического диспансера изучались недостаточно глубоко. В этой связи особую актуальность приобретает разработка методики бюджетного планирования для онкологического диспансера, позволяющая планировать и контролировать экономический результат его деятельности.

Задача составления сводного бюджета годового муниципального задания решалась двумя способами: на основе нормативного и экономико-математического метода.

Сводный бюджет годового муниципального задания нами рассчитывался как произведение планируемого числа законченных случаев лечения больных РМЖ на планируемую ставку тарифа КЭГ. При этом планируемый тариф законченного случая лечения больных РМЖ может быть задан двумя способами: по ставкам среднепрофильного тарифа и по тарифным ставкам КЭГ.

Для выбора оптимального метода бюджетирования онкологического диспансера применительно к установлению муниципального задания проведена их сравнительная оценка. С этой целью нами сопоставлены размеры формируемого бюджета муниципального задания, рассчитанного по ставкам среднепрофильного тарифа, и по ставкам дифференцированного тарифа КЭГ. Эти данные приведены в таблице 4.

Таблица 4

#### Сравнительная оценка различных методов бюджетирования к формированию бюджета муниципального задания по профилю «онкомамология» на среднесрочный плановый период (2010-2012 гг.)

Способы формирования муниципального задания по профилю «онкомамология»	Планируемые объемы стационарной помощи (законченные случаи лечения больных РМЖ)			Ставки тарифа на законченный случай лечения больных РМЖ, тыс. руб.			Сводный бюджет онкологического диспансера, млн. руб.		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
По среднепрофильным тарифам	576	584	592	109,7	111,7	113,8	63,2	65,3	67,3
По тарифам КЭГ	576	584	592	105,1	106,5	108,0	59,9	61,6	63,3

Как видно на табл.4., бюджет на выполнение муниципального задания, сформированный по среднепрофильному тарифу на законченный случай лечения больных РМЖ, выше в среднем на 5%, чем бюджет, сформированный по дифференцированным тарифам КЭГ. Одна из возможных причин оптимизации затрат в этом случае состоит в

стандартизации (нормировании) затрат и установлении лимитной цены на законченный случай лечения больных РМЖ, с учетом специфики и состава нозологий, применяемых технологий и стоимости лечения.

Проведена оценка экономической эффективности программ бюджетирования, выполненная с применением анализа «затраты – эффективность», или стоимостного анализа эффективности.

Цель проведения анализа - выбор управленческого решения в отношении оптимального способа бюджетирования стационарной помощи в онкологическом диспансере.

Для этого сопоставлены приростные (инкременты) затраты и результаты одной программы бюджетирования (по ставкам среднепрофильного тарифа) по сравнению с другой (по ставкам тарифа КЭГ).

Расчеты в сравниваемых программах бюджетирования стационарной помощи больным РМЖ выполнены с применением стандартных формул. Оценивались: 1) дополнительные затраты на законченный случай лечения (разность в стоимости лечения больных РМЖ); 2) дополнительные преимущества от числа законченных случаев лечения больных по стандарту (разность в числе случаев лечения больных РМЖ по стандарту); 3) стоимость дополнительных преимуществ (дополнительные затраты/дополнительные преимущества); 4) экономическая эффективность вмешательства (дополнительные преимущества/дополнительные затраты).

Эти показатели позволяют определить какие дополнительные затраты придется осуществить, чтобы получить каждую единицу дополнительного результата, как выражение полезности в некоторой общей единице – число законченных случаев лечения больных по стандарту (таблица 5).

Таблица 5

#### Инкрементный анализ «Затраты - эффективность»

Показатели	Программа бюджетирования (Тариф КЭГ)	Программа бюджетирования (Среднепрофильный тариф)	Эффект, руб.
Стоимость программы больных РМЖ	59 255 941	61 375 890	2 119 949
Доля законченных случаев лечения больных по стандарту	90	70	20
Стоимость дополнительных преимуществ, руб.	2 119 949/ 20		105 997
Экономическая эффективность	20/105 997* 100 000		19 дополнительно пролеченных больных РМЖ на каждые 100 000 руб. дополнительных затрат

В соответствии с табл.5., оценка экономической целесообразности программы бюджетирования по тарифным ставкам КЭГ показала, что несмотря на относительное уменьшение размера затрат на программу (на 2,1 млн. руб. в год), полученные дополнительные преимущества в лечении больных РМЖ оправданы. На каждые дополнительно вложенные 100 000 руб. удается дополнительно пролечить 19 больных РМЖ по стандарту КЭГ.

Таким образом, показана эффективность программы бюджетирования по стандарту КЭГ РМЖ, ее способность работать с наименьшими затратами (минимизация затрат и экономически эффективное размещение ресурсов при достижении поставленной цели).

### **Заключение**

Муниципальное задание при современной трактовке бюджетного планирования является важнейшим элементом обновленного бюджетного механизма. Для масштаба заявленных в муниципальном задании операционных возможностей (от планирования до контроля) требуется использование комплексного подхода к бюджетному планированию.

Экономико-математическая модель построена на основе экстраполяции: сложившихся в прошлом устойчивых тенденций развития деятельности онкологического диспансера и переносе их на будущее по трендам стоимости и числа законченных случаев лечения больных раком молочной железы

Механизм планирования муниципального задания по профилю заболеваний «злокачественные новообразования молочной железы» реализуется в виде способа формирования глобального (сводного) бюджета и проспективной оплаты за отдельный законченный случай лечения по стандарту, где классификационной (укрупненной) единицей объема и стоимости медицинской помощи является клинико-экономическая группа.

Финансовый бюджет рассчитывается как прогнозный бюджет формирования и распределения финансовых ресурсов в рамках задания на основе предельного объема услуг по дифференцированным ставкам тарифов клинико-экономической группы больных раком молочной железы.

Показано, что система бюджетирования муниципального задания управляется с помощью установленных тарифов (ставки оплаты за каждый законченный случай пролеченного больного по среднепрофильному тарифу или по тарифу клинико-экономической группы).

Показана эффективность программы бюджетирования стационарной помощи, рассчитанная по стандарту клинико-экономической группы, ее способность работать с наименьшими затратами для достижения приемлемых результатов.

### **Список литературы**

1. Антонова Г.А., Пирогов М.В. Планирование медицинской помощи, ориентированное на пациента // Экономика здравоохранения. 2008. №12. С. 18–25.
2. Беляева Д.Ю. Бюджетирование, ориентированное на результат, и проблема идентификации "результата" // Финансовый вестник: финансы, налоги, страхование, бухгалтерский учет. 2010. №2. С. 34–39.
3. Веретенникова О.Б., Майданник В.И., Бадаев Ф.И., Носенко Ю.И. Опыт бюджетирования в многопрофильных больницах // Здравоохранение. 2008. №1. С. 47–52.
4. Добролюбова В.И. Внедрение принципов и процедур управления по результатам в Российской Федерации: промежуточные итоги и направления развития // Вопросы государственного и муниципального управления. 2008. №3. С. 133–165.
5. Зинчук Ю.Ю. Управление эффективностью и качеством медицинской помощи в муниципальной больнице (практический опыт и рекомендации). М.: Менеджер здравоохранения. 2009. 120 с.
6. Кивелева Н.Н. Бюджетирование, ориентированное на результат: проблемы внедрения в здравоохранении // Системная интеграция в здравоохранении

[Электронный научный журнал]. 2009. №4. С. 24-31. URL: <http://www.sys-int.ru/?2009.4> (Дата обращения 14.09.2011).

7. Кадыров Ф.Н. Государственное (муниципальное) задание: новый порядок финансового обеспечения бюджетных учреждений //Менеджер здравоохранения. 2009. №11. С. 46–50.

8. Карагодина Д.С., Сизова О.В. Нормативные затраты на предоставление муниципальных услуг //Практика муниципального управления. 2010. №10. С. 44–48.

9. Карасева А.С., Моисеев И.В. Федеральный закон № 83-ФЗ: приступили к реализации //Бюджет. 2010. №9. С.27-29.

10. Носенко Ю.И. Бюджетирование в лечебно-профилактических учреждениях: Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд экон. наук. Екатеринбург. 2010. 22 с.

11. Перхов В.И., Егорова И.А., Никонов Е.Л. Теоретико-методологические аспекты формирования государственных (муниципальных) заданий в здравоохранении //Главврач. 2011. №5. С. 35–40.

12. Пирогов М.В. Клинико-экономическая стандартизация как обязательное условие повышения экономической эффективности медицинского учреждения при одноканальном финансировании //Главврач. 2007. № 9. С. 58–70.

13. Рыбальченко И.Е. Планирование высокотехнологичной медицинской помощи //Менеджер здравоохранения. 2008. №4. С. 6–14.

14. Судакова А.Г., Моисеев И.В. Государственные (муниципальные) задания: установление показателей работы учреждений и контроль за их соблюдением //Бюджет. 2010. №8. С. 58-61.

15. Судакова А.Г. Формирование перечней муниципальных услуг //Практика муниципального управления. 2010. №11. С. 34–44.

16. Фабрика Е.С. Современные аспекты оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями /Мат. научно-практической конференции. Уфа. 2008. С. 56–59.

## References

1. Antonova G.A., Pirogov M.V. Planirovaniye meditsinskoy pomoshchi, oriyehtirovannoye na patsiyenta [Planning of patient-oriented medical care]. *Ekonomika zdravookhraneniya* 2008;(12):18-25.

2. Belyayeva D.Yu. Byudzhetrovaniye, oriyehtirovannoye na rezultat, i problema identifikatsii "rezultata" [Result-oriented budgeting and the problem of result identification]. *Finansovyy vestnik: finansy, nalogi, strakhovaniye, bukhgalterskiy uchet* 2010;(2):34-39.

3. Veretennikova O.B., Maydannik V.I., Badayev F.I., Nosenko Yu.I. Opyt byudzhetrovaniya v mnogoprofilnykh bolnitsakh [Budgeting experience in multi-field hospitals]. *Zdravookhraneniye* 2008;(1):47-52.

4. Dobrolyubova V.I. Vnedreniye printsipov i protsedur upravleniya po rezul'tatam v Rossiyskoy Federatsii: promezhutochnyye itogi i napravleniya razvitiya [Implementation of principles and procedures of management by results in the Russian Federation: interim results and developmental directions]. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniya* 2008;(3):133-165.

5. Zinchuk Yu.Yu. Upravleniye effektivnostyu i kachestvom meditsinskoy pomoshchi v munitsipalnoy bolnitse (prakticheskiy opyt i rekomendatsii) [Management of efficiency and quality of medical care in municipal hospital: practical experience and recommendations]. Moscow: Menedzher zdravookhraneniya; 2009. 120 p.

6. Kiveleva N.N. Byudzhetrovaniye, oriyehtirovannoye na rezultat: problemy vnedreniya v zdravookhraneniye [Result-oriented budgeting: problems of implementation in

- health care]. *Sistemnaya integratsiya v zdravookhraneni* [Online Scientific Journal]. 2009. №4. P. 24-31 [cited 2011 Sep 14]. Available from: <http://www.sys-int.ru/?2009.4>
7. Kadyrov F.N. Gosudarstvennoye (munitsipalnoye) zadaniye: novyy poryadok finansovogo obespecheniya byudzhetykh uchrezhdeniy [State (municipal) target: new approaches to financial provision of budget facilities]. *Menedzher zdravookhraneniya* 2009; (11):46-50.
8. Karagodina D.S., Sizova O.V. Normativnyye zatraty na predostavleniye munitsipalnykh uslug [Standard costs for municipal service provision]. *Praktika munitsipalnogo upravleniya* 2010;(10):44-48.
9. Karaseva A.S., Moiseev I.V. Federalnyy zakon № 83-FZ: pristupili k realizatsii [Federal Act № 83-FZ: initiating the realization]. *Byudzheth* 2010;(9):27-29.
10. Nosenko Yu.I. Byudzhetrovaniye v lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniyakh [Budgeting in health care facilities]: [PhD. Thesis]. Yekaterinburg; 2010. 22 p.
11. Perkhov V.I., Yegorova I.A., Nikonov Ye.L. Teoretiko-metodologicheskiye aspekty formirovaniya gosudarstvennykh (munitsipalnykh) zadaniy v zdravookhraneni [Theoretical and methodological aspects in formation of state (municipal) targets in healthcare]. *GlavVrach* 2011;(5):35-40.
12. Pirogov M.V. Kliniko-ekonomicheskaya standartizatsiya kak obyazatelnoye usloviye povysheniya ekonomicheskoy effektivnosti meditsinskogo uchrezhdeniya pri odnokanalnom finansirovani [Clinical and economical standardization as a mandatory condition for rising economical efficiency of health care facility at single-channel financing]. *GlavVrach* 2007; (9):58-70.
13. Rybalchenko I.Ye. Planirovaniye vysokotekhnologichnoy meditsinskoy pomoshchi [Planning of high-technology health care]. *Menedzher zdravookhraneniya* 2008;(4):6-14.
14. Sudakova A.G., Moiseyev I.V. Gosudarstvennyye (munitsipalnyye) zadaniya: ustanovleniye pokazateley raboty uchrezhdeniy i kontrol za ikh soblyudeniye [State (municipal) targets: determination of indicators for health care facility activity and their observation]. *Byudzheth* 2010;(8):58-61.
15. Sudakova A.G. Formirovaniye perechney munitsipalnykh uslug [Formation of the list of municipal services]. *Praktika munitsipalnogo upravleniya* 2010;(11):34-44.
16. Fabrika Ye.S. Sovremennyye aspekty okazaniya vysokotekhnologichnykh (dorogostoyashchikh) vidov meditsinskoy pomoshchi bolnym s onkologicheskimi zabolivaniyami [Present-day aspects of providing high-technology (high cost) medical care to oncologic patients]. *Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Ufa. 2008. P. 56-59.