

# Формирование долгосрочной модели реструктуризации коечного фонда по профилю «Урология» на примере Воронежской области

**Developing of the long-term model for restructuring of the urological bed resources in the Voronezh region**

*E.E. Obraztsova, V.M. Ivanov, O.V. Zolotukhin, I.A. Shaderkin, Yu.A. Anosova, Yu.Yu. Madikin, M.V. Kochetov*

The analysis of the new format of the urological service in Voronezh region is presented in this article. The problems in the realization of the regional target program "Urology" (part of the program "Healthcare development in the Voronezh district 2011-2015") are referred. The possible ways of further optimization of urological service are listed, given the revealed shortages.

The analysis of the factual hospital bed and physician resources in the urological profile was analyzed according to the region districts and hospitals. The estimated corrected bed and physician resources led to correction of the factual parameters, the improved model is presented.

The proposed organization model of the urological departments in the three-levels concept of the healthcare organization, corrected for the Voronezh region peculiarities (given network of the hospital of different capacity, transport infrastructure, historically existing reference flow of the patients, personnel capacities, equipment), would allow the optimization of the work of present facilities and targeted equipment of the certain sub-division in case of adequate functioning.

Standardized program method for the model development of the regional network of healthcare facilities could be applied by the healthcare regulators in every region and in every specialty.

*Е.Е. Образцова<sup>1</sup>, В.М. Иванов<sup>2</sup>, О.В. Золотухин<sup>3</sup>, И.А. Шадеркин<sup>4</sup>, Ю.А. Аносова<sup>3</sup>, Ю.Ю. Мадыкин<sup>3</sup>, М.В. Кочетов<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Департамент здравоохранения Воронежской области

<sup>2</sup>БУЗ ВО «Бобровская Районная больница», Бобров, Воронежская область

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

<sup>4</sup>НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

**В** Воронежской области за последние 5 лет в организации урологической службы произошло множество изменений, виден четкий положительный результат работы программы «Урология». На этом фоне мы видим дополнительные возможные способы дальнейшей оптимизации урологической службы и возможные пути решения проблем, с которыми приходится сталкиваться организаторам здравоохранения, урологам и пациентам.

Система планирования и функционирования сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) основывается на показателях заболеваемости населения и определении потребности в медицинской помощи. Показатели заболеваемости изучаются по фактической обрабатываемости за медицинской помощью, по данным статистической отчетности ЛПУ, а также путем постановки специальных научных исследований [1].

С 2010 года издан ряд приказов департамента здравоохранения Воронежской области, что привносит некоторые изменения в структуру урологической службы на территории Воронежской области [2].

В 2010 году ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России совместно с Правительством Воронежской области разработал областную це-

левую программу «Урология», которая вошла в программу «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011-2015 годы» [3].

Суть программы заключается в организации медицинской урологической помощи согласно принципам профилактики, стандартизации, организации контроля качества медицинской помощи, оптимизации затрат государства на здравоохранение. Основными целями подпрограммы являются: снижение заболеваемости, осложнений и инвалидизации больных урологического профиля, улучшение качества и доступности урологической помощи населению области [4, 5].

Для успешного решения поставленных задач вся медицинская помощь пациентам с урологическими заболеваниями была разбита на этапы (уровни):

1. первичное звено;
2. Межрайонный урологический центр (МУЦ): Аннинский, Лискинский, Россошанский, Новохоперский, Правобережный, Левобережный, Воронежская областная клиническая больница №1 (ВОКБ №1);
3. региональный урологический центр (БУЗ ВО ВОКБ №1);
4. центр оказания высокотехнологической медицинской помощи (ВМП) – экспертный центр оценки качества оказания урологической помощи в регионе (ФГБУ «НИИ уроло-

гии» Минздрава России, г. Москва).

Реализация программы проходила на примере самого распространенного заболевания мужчин старшей возрастной группы – доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Для каждого этапа сформированы стандарты требований к помещению, оснащению, оказанию диагностической, лечебной медицинской помощи и к медицинским кадрам. При создании стандартов была учтена мировая практика и соблюдены все ныне действующие в России законодательные документы.

Проведена реорганизация урологической службы в Воронежской области, включающая создание 7 межрайонных урологических центров. На базе БУЗ ВО ВОКБ №1 (в дальнейшем, ВОКБ №1) создан региональный урологический центр, в котором на сегодняшний день оказывается практически полный спектр высокотехнологичной помощи по разделу урология и онкология в части касающейся онкоурологии.

С 2013 г. осуществлен переход на трехлетний плановый период и введен новый планово-нормативный показатель — «обращения по поводу заболевания». Утверждаемая Правительством РФ Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет величину указанных показателей в расчете на 1000 населения и финансовые нормативы по видам помощи [4, 6, 7].

Дифференциация показателей по профилям коек и врачебным специальностям, а также по возрастному составу населения (кроме скорой медицинской помощи): взрослые (от 18 лет и старше) и дети (0-17 лет), представлена в Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ, оформляемых в последние

годы в виде информационных писем Минздравсоцразвития, Минздрава России (в дальнейшем – информационные письма). На основании этих документов и удельного веса взрослых и детей в структуре населения региона в каждой территории разрабатываются планово-нормативные и финансовые показатели [8, 9].

В рамках этой системы в регионах происходит планирование объемов помощи и соответствующей этим объемам сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). При этом актуальными и нерешенными остаются вопросы адаптации данных документов к местным условиям, распределения пациентов по уровням и этапам оказания медицинской помощи с учетом современного разграничения полномочий органов власти и необходимости обеспечения населения территории всеми видами доступной и качественной медицинской помощи в соответствии с порядком и стандартами ее оказания.

Рассматривая систему организации стационарной помощи сельскому населению, можно выделить ряд проблем, включая такие, как низкий показатель полноты догоспитального обследования; несвоевременность госпитализаций, особенно в областные ЛПУ; тенденция к росту числа самостоятельных обращений сельских жителей в городские и областные, в том числе специализированные, стационары; высокий и нарастающий уровень экстренных госпитализаций; значительный удельный вес необоснованных госпитализаций. Фактическое состояние сельских стационаров I и II уровней не в полной мере соответствует предъявляемым требованиям ни по мощности, ни по материально-техническому оснащению, ни по составу и квалификации кадров и специализации коечного фонда. Специализированная стационарная помощь все больше смещается в областные и республиканские учреждения.

В 2014 году О.И. Аполихин и

соавт. провели анализ работы программы в отношении выявления и лечения больных ДГПЖ в Воронежской области, проследив явную динамику результатов в сторону значительного улучшения выявляемости и результатов лечения заболевания [10]. Авторы работы показали, что значительно улучшилась выявляемость заболевания на ранних стадиях, о чем свидетельствует уменьшение частоты острой задержки мочеиспускания с 23,7% до 2,5%, уменьшилась доля случаев оперативного лечения с 11,7 до 6,8%. Кроме того, увеличение доли малоинвазивных операций с 30 до 51% свидетельствует в пользу уменьшения доли запущенных и осложненных форм заболевания.

В ходе реализации большинства новых программ и систем в течение первых лет выявляются недостатки, которые возможно выявить только в ходе работы системы и только после получения первых результатов ее работы. Так, в случае нового формата работы урологической службы Воронежской области были выявлены некоторые недостатки. Например, транспортная сеть области имеет особенности, связанные с прохождением трассы федерального уровня М4. Территориальное расположение некоторых созданных межрайонных урологических центров не учитывает особенностей транспортной сети, направления трасс федерального значения, наличия рейсового автобусного сообщения, а также наличия исторических потоков пациентов из одного районного центра в другой.

В Воронежской области за последние 5 лет в организации урологической службы произошло множество изменений, мы видим четкий положительный результат работы программы «Урология». На этом фоне мы видим дополнительные возможные пути дальнейшей оптимизации урологической службы и возможные пути решения проблем, с которыми приходится сталкиваться организаторам

здравоохранения, урологам и пациентам.

Согласно письму Минздрава России от 08.11.2013 N 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», по профилю уроло-

гия (детская урология-андрология) рекомендуемый уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год) для взрослого населения составил 3,8 [11]. Средняя длительность пребывания одного урологического больного в стационаре 9,2 дней.

Согласно указанным нормативам, возможно провести расчет [12] планового оборота койки в году (F)

по формуле:

$$F = \frac{365 - t_1}{T + t_0}$$

где:

$t_1$  — среднее время простоя койки на ремонт (10—15 дней);

$t_0$  — простой койки в связи с оборотом, т.е. время, необходимое для санации койки после выписки больного;

T — средняя длительность пребывания больного на койке.

Таким образом, расчет планового оборота койки по профилю урология следующий:

$$(365-10) : (9,2+1) = 34,8$$

В последующем, используя расчетные значения планового оборота койки, необходимо определить планово-нормативное число коек (K) на 10 тыс. населения по формуле:

$$K = \frac{A \times 10}{365-10-(t \times F)}$$

где:

A — число койко-дней на 1000 населения;

t — время простоя койки в связи с ее оборотом;

F — оборот койки в году.

Для урологических больных расчет планово-нормативного числа коек:

$$38,95 \times 10 : (365 - 10 - 1 \times 34,8) = 1,2.$$

Плановое количество урологических коек по Воронежской области отражено в таблице 1 (из расчета, что планово-нормативное число коек на 10 тысяч населения по профилю урология составляет 1,2).

Следовательно, для обеспечения населения Воронежской области урологической помощью необходимо 279 коек.

Распределение коечного фонда по области таково, что некоторые районы нуждаются в малом количестве коек. Например, в Репьевском районе с населением 15,8 тысяч человек, количество коек для оказания урологической помощи населению, составляет 1,89, с учетом учреждений III уровня еще меньше. Выделение урологических коек в районах с небольшой численностью

Таблица 1. Плановое количество урологических коек по Воронежской области

Наименование территории	Население, тыс. чел.	Планово-нормативное число коек	С учетом учреждений III уровня
<b>Воронежская область</b>	<b>2329</b>	<b>279,48</b>	<b>279,48</b>
Городской округ - город Воронеж	1014,6	121,752	109,5768
Борисоглебский городской округ	76,1	9,132	8,2188
Городской округ - город Нововоронеж	31,7	3,804	3,4236
<b>районы:</b>			
Аннинский	42,1	5,052	4,5468
Бобровский	47,7	5,724	5,1516
Богучарский	36	4,32	3,888
Бутурлиновский	49	5,88	5,292
Верхнемамонский	20,3	2,436	2,1924
Верхнехавский	24,8	2,976	2,6784
Воробьевский	17,5	2,1	1,89
Грибановский	31,4	3,768	3,3912
Калачеевский	54,4	6,528	5,8752
Каменский	19,1	2,292	2,0628
Кантемировский	35,4	4,248	3,8232
Каширский	56,4	6,768	6,0912
Лискинский	102,4	12,288	11,0592
Нижедевицкий	19,4	2,328	2,0952
Новоусманский	77,3	9,276	8,3484
Новохоперский	39,3	4,716	4,2444
Ольховатский	23,6	2,832	2,5488
Острогожский	59	7,08	6,372
Павловский	56,3	6,756	6,0804
Панинский	26,8	3,216	2,8944
Петропавловский	18,5	2,22	1,998
Поворинский	33,1	3,972	3,5748
Подгоренский	25,7	3,084	2,7756
Рамонский	32,2	3,864	3,4776
Репьевский	15,8	1,896	1,7064
Россошанский	93,4	11,208	10,0872
Семилукский	66,7	8,004	7,2036
Таловский	40,5	4,86	4,374
Терновский	20,4	2,448	2,2032
Хохольский	29,6	3,552	3,1968
Эртильский	24,2	2,904	2,6136
<b>ИТОГО по Воронежской области</b>	<b>2329</b>	<b>279,48</b>	<b>279,48</b>

**Таблица 2. Распределение коечного фонда по профилю урология в Воронежской области (по факту)**

Наименование территории	Фактическое кол-во коек
<b>Воронежская область</b>	<b>345</b>
БУЗ ВО ВОКБ №1	55
Город Воронеж	180
Аннинский район	20
Лискинский район	25
Новохоперский район	20
Семилукский район	8
Павловский район	12
Россошанский район	25

**Таблица 3. Предложенная структура урологической службы (модель)**

Территории, относящиеся к МУЦ	Население, тыс. чел.	Расчетные койки	Фактическое кол-во коек	Модель структуры коечного фонда
<b>МУЦ</b>	<b>242,4</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>20</b>
Борисоглебский	76,1			
Грибановский	31,4			
Новохоперский	39,3		20	
Поворинский	33,1			
Аннинский	42,1	20	20	
Терновский	20,4			
<b>МУЦ</b>	<b>256,5</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>20</b>
Бутурлиновский	49,0			
Верхнемамонский	20,3			
Воробьевский	17,5			
Калачеевский	54,4			
Павловский	56,3		12	
Петропавловский	18,5			
Таловский	40,5			
<b>МУЦ</b>	<b>259,9</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
Бобровский	47,7			
Каменский	19,1			
Лискинский	102,4		25	
Острогожский	59,0			
Нововоронежский	31,7			
<b>МУЦ</b>	<b>214,1</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>20</b>
Богучарский	36,0			
Кантемировский	35,4			
Ольховатский	23,6			
Подгоренский	25,7			
Россошанский	93,4		22	
<b>Правобережный МУЦ, левобережный МУЦ</b>	<b>1014,6</b>	<b>110</b>	<b>180</b>	<b>130</b>
г. Воронеж	1014,6	110	180	130
<b>МУЦ ВОКБ №1</b>	<b>373,2</b>	<b>68</b>	<b>63</b>	<b>70</b>
Нижедевицкий	19,4			
Семилукский	66,7		8	
Хохольский	29,6			
Рамонский	32,2			
Верхнехавский	24,8			
Новоусманский	77,3			
Панинский	26,8			
Репьевский	15,8			
Каширский	56,4			
Эртильский	24,2			
г. Воронеж	1014,6		180	130
ВОКБ №1	373,2*	68*	55	70
<b>ИТОГО</b>	<b>2329,0</b>	<b>279</b>	<b>345</b>	<b>280</b>

\* - показатель по БУЗ ВО ВОКБ №1 в таблице рассчитан по населению прикрепленных районов (Нижедевицкий, Семилукский, Хохольский, Рамонский, Верхнехавский, Новоусманский, Панинский, Репьевский, Каширский, Эртильский).

населения не оправдано.

Распределение коечного фонда по профилю урология в Воронежской области на сегодняшний день представлено в таблице 2.

В Воронежской области созданы следующие межрайонные урологические центры (МУЦ): Аннинский, Лискинский, Россошанский, Новохоперский, Правобережный, Левобережный и МУЦ ВОКБ №1.

Для ликвидации существующих проблем и дальнейшей оптимизации в области предложена структура урологической службы, представленная в таблице 3.

Из таблицы 3 следует, что на территории Воронежской области целесообразна работа 7 межрайонных урологических центров (МУЦ). Кроме того, в урологическом отделении ВОКБ №1 будет оказываться специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь урологическим больным (учреждение регионального уровня).

Для верного расчета урологических коек в ВОКБ №1 (как учреждения 3-го уровня оказания медицинской помощи) необходимо учитывать количество коек для населения прикрепленных районов области (373,2 тыс.) и 10% коечного фонда оставшихся районов области. Следовательно, расчетное количество коек в ВОКБ №1 составляет 68 (табл. 3).

С учетом имеющихся факторов и планируемой структуры сети МУЦ в Воронежской области, произведена коррекция, результаты которой представлены в таблице 4.

Для расчета врачебных кадров необходимо руководствоваться письмом Минздрава России от 08.11.2013 N 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (табл. 5).

Согласно приведенным нормативам, в случае работы

урологического отделения на 20 коек (межрайонные урологические центры, расположенные в районах области), необходима следующая модель штатного врачебного состава: 0,5 ставки заведующего отделением, 1,5 ставки врача-уролога.

Расчет штатного расписания врачей-урологов и заведующих отделениями представлен в таблице 6.

В настоящее время в Воронежской области фактически 56 ставок врачей-урологов. Из таблицы 6 следует, что возможно сократить 7 врачебных ставок с учетом оптимиза-

ции урологической службы.

Обязательным условием эффективной работы предложенной модели является адекватная работа поликлинического звена и амбулаторных урологических центров. Модернизация стационарного звена урологической помощи невозможна без реорганизации, адекватной работы и четкой преемственности амбулаторно-поликлинического звена. Кроме того, амбулаторные урологические центры, созданные и работающие в Воронеже, на сегодняшний день не берут на себя тот объем диагностической и лечебной по-

мощи, который планировался при их создании. Поликлиническое звено также не готово принять на себя огромный пласт урологической помощи, который теоретически возможно было бы перенести из стационаров в амбулаторное звено в случае адекватной работы последнего. Расчетная модель сети урологической службы представлена в таблице 7.

На сегодняшний день в Воронежской области 345 коек урологического профиля. По предложенной модели оптимизации урологической службы предлагается сократить коечный фонд по области в целом до 280 коек (на 65 коек). Предложенная модель подразумевает сокращение врачебных ставок в стационарах области с 56 до 49.

Программное моделирование производится в соответствии с действующим законодательством (порядками оказания медицинской помощи) и нормативами.

Предлагаемая модель организации сети отделений урологии в условиях реализации трехуровневой концепции организации медицинской помощи, скорректированная под особенности (имеющейся сети и мощности медицинских организаций, транспортной инфраструктуры, исторически сложившихся потоков пациентов, наличия медицинских кадров, оснащенности подразделений) региона – Воронежской области, позволит оптимизировать имеющиеся мощности подведомственных медицинских организаций и производить целевое оснащение определенных подразделений в случае адекватной работы амбулаторно-поликлинического звена.

Стандартизированная программная методика разработки модели организации сети межрайонных подразделений имеет прикладное значение и может применяться исполнительными органами государственной власти в сфере здравоохранения любого региона по каждому профилю оказания медицинской помощи. ■

Таблица 4. Расчетная модель сети по профилю «Урология»

Коечный фонд	Районы области	Город			ВОКБ №1	Итого
	4 МУЦ	БСМП №1	БСМП №10	БСМП №8		
Койки для обеспечения работы МУЦ	80	30	30	30	40	200
Койки для оказания помощи по экстренной госпитализации	0	20	20	10	0	50
Койки III уровня	0	0	0	0	30	30
<b>ИТОГО</b>	<b>80</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>70</b>	<b>280</b>

Таблица 5. Рекомендуемые штатные нормативы урологического отделения

№ п/п	Наименование должностей	Количество должностей
1.	Заведующий отделением – врач-уролог	1 на 30 коек
2.	Врач-уролог	1 на 15 коек

Таблица 6. Ставки врачей-ординаторов и заведующих отделениями

Штаты:	Районы области, 4 МУЦ	БСМП №1	БСМП №10	БСМП №8	БСМП №8	Итого
Ставки з/о освобожденного	0	1	1	1	1	4
Ставки з/о неосвобожденного	2	0	0	0	0	2
Ставки врачей-урологов для работы в день	6	3,25	3,25	2	4,5	19
Ставки дежурентов (дежурство в пассив)	0	3,5	3,5	3,5	3,5	14
Количество активных дежурств в месяц	0	24	24	12	0	60
Ставки дежурентов для оказания экстренной помощи	0	4	4	2	0	10
<b>ИТОГО, ставок врачей</b>	<b>8</b>	<b>11,75</b>	<b>11,75</b>	<b>8,5</b>	<b>9</b>	<b>49</b>

Таблица 7. Расчетная модель сети по профилю урология

Показатели	Рекомендуемое	Планируемое	Фактическое
Количество коек, всего	279	280	345
Количество коек в муниципальных районах	105	80	105
Количество МУЦ	7	7	8
Кадры/ставки	42,4	49,0	56,0

**Резюме:**

В статье представлен анализ нового формата работы урологической службы Воронежской области за последние 5 лет. Рассматриваются проблемы, возникшие на пути реализации областной целевой программы «Урология», которая вошла в программу «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011–2015 годы». Приводятся дополнительные возможные пути дальнейшей оптимизации урологической службы на основании выявленных недостатков в работе урологической службы.

Представлен анализ фактического коечного фонда и врачебных ставок по профилю урология в Воронежской области по районам области и лечебным учреждениям. На основании расчетного коечного фонда и врачебных ставок проведена коррекция вышеуказанных фактических показателей и представлена измененная модель урологической службы Воронежской области.

Предлагаемая модель организации сети отделений урологии в условиях реализации трехуровневой концепции организации медицинской помощи, скорректированная под особенности (имеющейся сети и мощности медицинских организаций, транспортной инфраструктуры, исторически сложившихся потоков пациентов, наличия медицинских кадров, оснащенности подразделений) региона – Воронежской области, позволит оптимизировать имеющиеся мощности подведомственных медицинских организаций и производить целевое оснащение определенных подразделений в случае адекватной работы амбулаторно-поликлинического звена.

Стандартизированная программная методика разработки модели организации сети межрайонных подразделений имеет прикладное значение и может применяться исполнительными органами государственной власти в сфере здравоохранения любого региона по каждому профилю оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** урологическая служба, коечный фонд, стандартизация, межрайонный урологический центр, реорганизация.

**Key words:** urological service, bed resources, standardization, interdistrict urologic center, reorganization.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области (Воронежстат) // URL: voronezhstat.gks.ru.
2. Сайт «Реализация областной целевой программы «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011–2015 годы» подпрограммы «Урология» в БУЗ ВОВОКБ №1». // URL: <http://www.oblzdrav.vrn.ru>
3. Сайт «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011 – 2015 годы» [Электронный ресурс]. // URL: <http://доступное-здравоохранение.рф>
4. Аполихин О.И., Сивков А.В., Катибов М.И., Щукин А.В., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю. Программа «Урология» – комплексный подход к модернизации здравоохранения на примере Воронежской области. // Экспериментальная и клиническая урология. 2013. N 2. С. 4–10.
5. Департамент здравоохранения Воронежской области, ФГУ «НИИ урологии» Минздрава РФ, ВГМА им. Н.Н. Бурденко, БУЗ ВО «Воронежская ОКБ» №1, «Этапы оказания медицинской помощи пациентам с ДГПЖ». Методическое письмо. Воронеж, 2012.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273, Москва, «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 гг.».
7. Постановление Правительства Воронежской области «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов на территории Воронежской области» №1165 от 25.12.2013г. // URL: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW181;n=57510>
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012г. N555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи». // URL: <http://www.rg.ru/2012/06/13/koechnyjfond-dok.html>
9. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 907н. // URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5482-prikaz-minzdrava-rossii-ot-12-noyabrya-2012-g-n-907n>
10. Аполихин О.И., Шадеркин И.А., Щукин А.В., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В., Аносова Ю.А. Ранняя диагностика доброкачественной гиперплазии предстательной железы как фактор снижения третичной профилактики. // Вестник новых медицинских технологий. 2014ю Т. 8, N 1. URL: <http://naukaru.ru/journal/article/view/6530/>
11. Письмо Минздрава России от 08.11.2013 N 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». // URL: <http://www.tfoms.ru/other/structoms/SubDoc/PrikazMZRF/>
12. Шипова В. М. [Под ред. Р.У. Хабриева]. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 136 с.