

Н. П. Кризина,
д. н. держ. упр., доцент, Заслужений лікар України, Державна установа
"Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" (м. Київ)

РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ДАНИМИ УКРАЇНИ ТА ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН У КОНТЕКСТІ ПОЛІТИКИ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розкрито проблеми і проведено аналіз державної політики і фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та за кордоном. Окреслено план покращення діяльності і фінансування галузі на перспективу.

The problems and have been analysed the state policy and increases of financing in industry of health care. Drawn up a plan of improvement of activity in industries and increases of financing on a health care.

Ключевые слова: державна політика, фінансування, охорона здоров'я.
Key words: the state policy, public health service, of financing.

Національна політика галузі охорони здоров'я ґрунтується на положенні, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я, забезпечує захист всіх громадян та гарантує реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я. Саме тому одним з основних об'єктів, на який слід спрямувати управлінський вплив держави, є здоров'я української нації.

Здоров'я населення в цілому і кожної людини зокрема як члена суспільства має визначальне значення для існування й розвитку держави, що визнано Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН (UNG 34/58, 1979) і Програмою ВООЗ. Згідно із Загальною декларацією прав людини, Міжнародним пактом про економічні, соціальні і культурні права, а також Європейською соціальною хартією, переглянутою у Страсбурзі 03.05.1996 р.), обов'язком держави є піклування про здоров'я людини і забезпечення його охорони.

Останнім часом спостерігається активізація політики Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1] у зв'язку з впровадженням нової парадигми здоров'я, яка змінює не лише уявлення про заходи щодо збереження здоров'я, а й погляд на роль держави, органів місцевого самоврядування, громадських організацій та самих громадян в охороні здоров'я, підсилюючи роль окремої людини і тим самим розподіляючи завдання щодо збереження, зміцнення та відновлення здоров'я

між різними рівнями державного управління. При цьому управління повинно базуватися на міжгалузевих механізмах, які лише сукупно спроможні забезпечити покращення здоров'я нації.

Для вирішення цих завдань необхідно реформувати галузь відповідно вимогам політики ВООЗ [1].

За останні десять років майже всі держави тією чи іншою мірою реформували систему охорони здоров'я [3]. Метою більшості реформ є забезпечення більшої ефективності використання належних ресурсів, соціальної справедливості та доступності медичної допомоги в покращенні показників громадського здоров'я [4]. Причому багато країн беруть один від одного ті чи інші елементи реформування. На думку експертів ВООЗ, небезпека такого підходу криється в тому, що нові стратегії реформи копіюються при слабкій уяві про ті ресурси, які необхідні для їх здійснення, що в цілому ускладнює проблеми охорони здоров'я (Р.Салтман, 2000) [3].

Актуальним є те, що з ростом захворювань, демографічної зміни (постаріння населення, низька народжуваність, високі показники смертності), швидкого розвитку науково-технологічних технологій у економічно розвинених країнах визначається функціонування системи охорони здоров'я: зростання вартості медичної допомоги; значний обсяг медико-соціальної допомоги; тенденції до збільшення фінансування галузі охорони здоров'я

із громадських джерел (бюджету, страхування); посилення профілактичних напрямів охорони здоров'я; неоднакова доступність об'ємів і видів медичної допомоги для різних верств населення.

В опублікованому звіті ВООЗ підкреслювалося збільшення диспропорції показника ризику захворюваності між багатими і бідними верствами населення. Тобто соціальна і економічна нерівність громадян є серйозною перешкодою на шляху охорони здоров'я.

Метою роботи є вивчення державної політики та управління галуззю охорони здоров'я за даними наукових джерел як зарубіжних, так і вітчизняних авторів. Обґрунтування реформування галузі, що спрямоване на забезпечення відтворення населення, збереження та зміцнення здоров'я нації, пошук ефективних форм, методів і засобів державного управління демографічним розвитком держави [4].

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання:

- провести аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні та в зарубіжних країнах;
- визначити пріоритети в галузі охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах;
- прослідкувати механізми управління і фінансування галузі охорони здоров'я України та зарубіжних країн згідно вимог ВООЗ.

Уряд України у 2002 р. затвердив Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" на 2002—2011 рр. (Програма), яка за своїми принципами та підходами щодо регулювання суспільних відносин відповідає нормам міжнародного права на продовження реформування галузі охорони здоров'я.

Заходи Програми передбачають реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення народжуваності, зниження смертності та інвалідності, збільшення тривалості активного життя, зміцнення фізичного, репродуктивного та суспільного здоров'я нації, продовження працездатного віку, покращення індексу людського розвитку.

Дії України базуються на рекомендаціях ЄРБ ВООЗ та Загальноєвропейської політики "Здоров'я для всіх" (ЗДВ), яка передбачає, що до 2010 р. усі члени ЄРБ ВООЗ повинні впроваджувати політику ЗДВ. На підставі цих рекомендацій Україна вибрала стратегічний курс на інтеграцію в ЄС, що відображено в Постанові Верховної Ради України від 16.03.2004 р. № 1602-IV, Стратегії економічного та соціального розвитку України "Шляхом Європейської інтеграції", від 28.04.2004 р. № 493/2004, Указі Президента України від 7.12.2000 р. № 1313 "Концепції розвитку охорони здоров'я населення України" (2000), затверджені Указом Президента від 5.12.2004 р. № 965 "Про загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу", "Концептуальних засадах стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002—2011 роки", Указі Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення, які спрямовані на реалізацію високоякісної і доступної медичної допомоги". Пріоритетним у діяльності

органів виконавчої влади на всіх рівнях має стати забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги з переорієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань, безпечне і сприятливе для здоров'я середовище життєдіяльності людини (умови праці, проживання, навчання, відпочинок, харчування), здоровий спосіб життя населення і поліпшення демографічної ситуації.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208: "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я" та необхідності впровадження етапів реформування, визначених у розділі "Реконструкція медичного обслуговування" Програми економічних реформ України на 2010—2014 роки, Вінницька обласна державна адміністрація розробила, затвердила та погодила з Міністерством охорони здоров'я України відповідний План-графік реформування галузі охорони здоров'я Вінницької області на 2010—2015 рр. Крім того, керівництвом держави Вінницька область визнана одним з пілотних регіонів з реформування системи охорони здоров'я.

Для виконання програми уряду слід:

- забезпечити галузь належним фінансуванням з визначенням механізму соціального захисту медичних працівників;
- провести структурну реорганізацію системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної (сімейної) лікарської практики;
- заохотити громадян до добровільного страхування здоров'я;
- знизити рівень дитячої та материнської смертності;
- удосконалити систему профілактичного медичного огляду на засадах цільової диспансеризації населення;
- продовжити розвиток сільської медицини шляхом запровадження програми "Сільський лікар", яка передбачатиме створення/відновлення сільських лікарських амбулаторій (СЛА) і фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів) та їх оснащення медичною технікою;
- забезпечити у повному обсязі заклади охорони здоров'я в сільській місцевості відповідними автотранспортними засобами;
- створити нормативно-правову базу з питань діяльності інституту сімейного лікаря, забезпечивши протягом п'яти років обслуговування кожної родини сімейним лікарем;
- здійснити перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів;
- підвищити ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я;
- ліквідувати перешкоди у розвитку конкуренції між постачальниками послуг з охорони здоров'я незалежно від форми власності, а також запровадити принцип контрактних відносин між замовником послуг (державою) та їх постачальниками (зкладами охорони здоров'я різних форм власності);
- розробити Концепцію управління якістю медичної допомоги, що надається населенню, на 2008—2012 рр.;

- відновити роботи Українського центру здоров'я з формування мережі регіональних центрів боротьби з туберкульозом, забезпечення належного функціонування системи санаторно-реабілітаційних закладів з використанням природних властивостей Криму, карпатських лісів, інших регіонів України;

- відкрити Всеукраїнський центр охорони здоров'я матері та дитини (Дитяча лікарня майбутнього);

- розробити єдину програму підготовки фахівців з питань профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу, затвердити національні показники моніторингу та оцінки профілактики наркоманії і ВІЛ/СНІДу;

- залучити інвестиції у сферу охорони здоров'я та сприяти створенню умов для розширення приватної медичної практики;

- удосконалити механізм організації роботи державної санітарно-епідеміологічної служби шляхом гармонізації вітчизняного законодавства із законодавством ЄС відповідно до вимог СОТ;

- провести ефективну кадрову політику з визначенням обґрунтованої потреби держави в підготовці спеціалістів відповідно до європейських стандартів;

- сформувати мережу університетських клінік, що сприятиме підвищенню рівня практичної підготовки лікарів (провізорів), поліпшенню якості надання медичної допомоги населенню;

- провести аналіз стану виконання Програми для її вдосконалення, моніторингу та оцінки результатів на основі чітких індикаторів;

- запровадити державне замовлення на проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для визначення основних чинників впливу на здоров'я населення тощо.

Радою національної безпеки і оборони України прийнято рішення від 19.09.2007 р. №895/2007 "Про заходи щодо подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів потенціалу України", яке зобов'язує МОЗ України:

- розробити у шестимісячний строк програму збереження та зміцнення здоров'я населення, забезпечення умов для впровадження здорового способу життя, передбачивши заходи щодо реалізації комплексу відповідних освітніх програм;

- розробити та внести до 01.04.2008 р. в установленому порядку пропозиції щодо забезпечення протягом 2008—2010 рр. лікувально-профілактичних закладів необхідним медичним обладнанням для проведення загальної диспансеризації населення, насамперед для виконання скринінг-програм та експрес-діагностики;

- розробити до 01.04.2008 р. комплекс заходів щодо активізації діяльності медико-санітарних частин, дільничних поліклінік, які обслуговують працівників промислових та сільськогосподарських підприємств, санаторіїв-профілакторіїв та інших оздоровчих закладів для забезпечення ефективної профілактики захворювань, травматизму та інвалідності, оздоровлення працівників, які зайняті на виробництві зі шкідливими та небезпечними умовами праці.

Концепція нового громадського здоров'я набула широкого резонансу і сприяла встановленню тісного зв'язку між рівнем здоров'я й умовами життя. Це озна-

чає, що механізми підвищення статусу здоров'я населення виходять за межі компетенції лише сфери охорони здоров'я.

Реформи охорони здоров'я — це діяльність, що пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться.

На результати реформ впливають такі фактори: політичні реформи; економічні фактори; культурні традиції.

Якщо реформа сприймається як нав'язана іззовні, то вона не викликає довіри, тому в її реалізації виникають труднощі. В країнах Центральної і Східної Європи, Спільноті Незалежних Держав (СНД) в умовах об'єднання нових інститутів управління, між установчих змагань і неоднозначного підходу до реформ у суспільстві і окремих групах спільноти політика реформ не приводить до суттєвого покращення функціонування системи;

За даними ВООЗ, створення нових інститутів управління може привести до заміни одних співробітників, які мають недостатній професійний рівень підготовки в сфері реформ, на інших, не більш підготовлених, що підвищує невпевненість у проведенні заходів.

Взаємодія між секторами охорони здоров'я та іншими секторами життєдіяльності людини відбувається між медичними та соціальними установами, стаціонарами та первинної медико-санітарної допомоги, житловим сектором, сектором сільського господарства, сектором харчування, сектором підготовки кадрів і т.д.

ВООЗ [1] визначає такі взаємопов'язані напрямки реформування галузі:

- необхідність зміни підходу до фінансування галузі охорони здоров'я. У всіх країнах йдуть зміни в обсягах фінансування системи та частки різних джерел в компенсації її трат;

- зміна ролі держави в оплаті медичної допомоги. Якщо в країнах Західної Європи і навіть США відмічається тенденція до збільшення ролі суспільної охорони здоров'я, відхід від ринку, то в державах Центральної та Східної Європи, країнах СНД та України мають місце ринкові реформи.

Експерти ВООЗ вважають, що принципи політики та стратегічні рішення (визначення основних життєвих цінностей, інфраструктури служби, планування великого капітального будівництва, придбання дорогого обладнання, діяльність в галузі досліджень та практики, підготовка кадрів), засоби регулювання (нові лікарські засоби та методи лікування, акредитація постачальників медичних послуг), моніторинг та оцінка стану здоров'я населення, аналіз роботи служб охорони здоров'я, визначення пріоритетів на мікро- та макрорівнях не варто децентралізовувати.

Оптимізація організаційних структур системи. На сьогодні багато країн світу мають комбіновані державні, напівдержавні, що контролюються державою, приватні некомерційні та приватні комерційні установи.

Для пацієнтів відкрито багато можливостей прийняття рішень (вибір лікаря, медичної установи, лікувально-діагностичних стратегій на основі адекватної інформації) та зміна ролі системи охорони суспільного здоров'я.

Розглянемо один із принципів реформування галузі охорони здоров'я — фінансування [5]. Спочатку спро-

буємо дати визначення цьому поняттю. "Фінансування охорони здоров'я — це поняття, яке пов'язане з рухом коштів через систему охорони здоров'я. Основні функції фінансування містять збирання коштів (інкасація) з різних джерел та регіонів, їх об'єднання та розподілення серед надавачів послуг.

На думку вітчизняних і зарубіжних експертів, рівень фінансування охорони здоров'я залежить не від реальної потреби системи в засобах, а від того значення, яке суспільство приділяє здоров'ю і охороні здоров'я. На думку експертів ВООЗ [1], оптимальним для показників суспільного здоров'я та ефективного функціонування системи охорони здоров'я є фінансування від валового доходу.

Багато дослідників вважають, що порівнювати рівні фінансування галузі у різних країнах на основі валового доходу потрібно обережно, оскільки сама методика вносить значні огріхи у зміну рівня фінансування. Наприклад у Фінляндії сукупні розходи на охорону здоров'я зросли з 7,4% від ВД в 2003 р. до 9,3% від ВД в 2007 р. при загальному скороченні ВД за цей період на 16%. Тобто реальні затрати на охорону здоров'я не збільшились.

Зіставлення загальних розходів системи охорони здоров'я різних країн ускладнено у зв'язку з використанням далеко не однакових методик розрахунків на нього і оплати різних видів допомоги. Приведемо приклад: з розрахунку на душу населення розходи системи охорони здоров'я становлять в середньому у Західній Європі 1400 доларів Сполучених Штатів Америки (США). У 1994 році Німеччина мала 1800 доларів США, Великобританія — 1200 доларів США, Швеція — 2294 доларів США, у США — 4000 доларів. Таку різницю експерти пов'язують з рівнем використання новітніх технологій та заробітної плати медичного персоналу (у США дохід лікаря в 4 рази перевищує дохід лікаря Великобританії).

Що ж впливає на збирання і витрати коштів на охорону здоров'я? Це можуть бути такі фактори:

- ситуаційні фактори (зовнішні події — війни, внутрішні події — стабільність політичних інститутів);
- структурні економічні фактори (темпи економічного зростання, типи зайнятості, рівень руху капіталу, ступінь корумпованості держави, розміри тіньової економіки);
- структурні економічні фактори (віковий та статевий стан населення);
- культурні фактори (ціннісні орієнтири суспільства, окремих груп всередині суспільства, в першу чергу, політичних та професійних бізнеселіт, сприйняття суспільством формальних і неформальних підходів до прийняття рішень).

У той самий час не завжди залучення додаткових коштів гарантує покращення якості медичної допомоги і досягнення певних результатів. Тобто на показники здоров'я, смертності впливають соціально-економічні фактори (рівень та спосіб життя), фінансування системи охорони здоров'я, вибір пріоритетів в організації медичної допомоги та соціальна рівність в доступності.

Збір коштів необхідно відрізняти від об'єднання коштів, метою якого є створення гарантій того, що кожне об'єднання буде мати у своєму розпорядку саме

стільки коштів, скільки необхідно для надання допомоги певній кількості населення.

Держава визначає пріоритети суспільства і роль охорони здоров'я в структурі своїх витрат. На рівні системи охорони здоров'я йде розподілення бюджетних коштів між географічними регіонами, капітальними вкладеннями в інфраструктуру, видами допомоги за нозологічним профілем та видами медичних послуг.

Повільно проводиться реорганізація і удосконалення ПМСД на засадах сімейної медицини, реструктуризація і раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, упорядкування мережі, структури і функцій медичних закладів.

У середині медичної установи (на мікрорівні) вибір пріоритетів щодо розподілення коштів здійснюється між відділеннями і певними методами лікування (неінвазивними, інвазивними та хірургічними) для певного пацієнта.

Відповідальність держави за здоров'я нації на загальнодержавному рівні знаходиться в площині, яка є паралельною відповідальності медичних працівників за надання якісної медичної допомоги на рівні медичної установи. Те, як мають використовуватися кошти на певні програми або інвестиційні проекти в певному регіоні при наявності тих чи інших ресурсів, залежить від статистичних та клінічних показників, вартості всієї програми в межах суспільного здоров'я.

Багато країн роблять лише перші кроки в комплексному підході визначення пріоритетів фінансування програм та проектів, що спрямовані на покращення здоров'я населення та боротьбу з хворобами. Наприклад, у Нідерландах створено комітет з контролю за новітніми медичними технологіями та вирішенню проблем, які пов'язані з нормуванням медичних послуг. Комітет визначає потребу суспільства в новітніх технологіях, їх клініко-економічну ефективність, вирішує питання, чи повинні пацієнти самі платити за нові послуги чи це повинна робити держава. Крім того, комітет також вирішує питання припинення фінансування застарілих, неефективних технологій.

У Швеції створена парламентська комісія з пріоритетів, яка встановила ієрархію: вищий пріоритет — лікування захворювань, які загрожують життю людини; низький пріоритет — лікування незначних розладів, з якими можна впоратися за допомогою самолікування. У відповідності з пріоритетами рекомендовано формувати перелік оплачуваних державою послуг.

У Великобританії створено центр з питань досліджень і впровадження новітніх ефективних технологій, які виконують замовлення керівництва держави, а також публікує доповіді з оглядом ефективності різних послуг.

Таким чином, процес вибору пріоритетів пов'язаний з багатьма компромісами: необхідність досягнення рівноваги між інтересами окремої людини і суспільства в цілому, між соціальною справедливістю, інтересами платників (страхувальники, держава) і надавачів послуг (медичні установи, лікарі), між ефективністю функціонування системи в цілому і окремих медичних установ, між економічними і політичними задачами. Рішення про вибори пріоритетів не приймаються у вакуумі, їх визначають такі чинники:

— моральні та естетичні причини (часто соціальна та моральна значимість рішень домінує над економічною ефективністю; якщо життя пацієнта знаходиться під загрозою, рішення приймається на користь застосування втручання, навіть тоді, коли це веде до надто дорогої допомоги, а користь лише теоретична);

— якість інформаційного забезпечення рішень (епідеміологічні дослідження, клініко-економічний аналіз);

— політичні мотиви, бюджетні обмеження, лобіювання технологій та лікарських засобів фірмами-виробниками;

— попит на послуги (медичні установи, які функціонують у ринкових умовах і заробляють на медичних послугах, прагнуть до максимізації доходів);

— суспільні цінності (у багатьох країнах є лише одиничні приклади участі урядових органів і суспільства у вирішенні питань пріоритетів у сфері охорони здоров'я; не дивлячись на незадоволення системою, дуже небагато громадян схильні брати участь у визначенні пріоритетів).

ОТЖЕ МОЖНА ЗРОБИТИ ТАКІ ВИСНОВКИ

Основні принципи реформ у галузі охорони здоров'я визначені документами ВООЗ [1], іншими документами, які узагальнені досвідом європейських країн та України [2; 3] утворюють методологічні засади стратегії реформування галузі охорони здоров'я в зарубіжних державах.

При підготовці медичних кадрів слід приділяти особливу увагу підготовці сімейних лікарів, управлінців та фахівців соціальної медицини.

Необхідно привести до європейських норм заробітну плату медичних працівників, розробити та затвердити Медичний кодекс України. Держава повинна забезпечити житлом сімейних та сільських лікарів.

Слід удосконалити та закріпити юридично-державний розподіл та прикріплення лікарів і середній медичний персонал до ЛПЗ, особливо у сільській місцевості, створити систему автоматизованого робочого місця лікарів, особливо сімейних і в сільській місцевості.

Потрібно продовжити роботу над реструктуризацією системи медичної допомоги галузі охорони здоров'я, приділяючи увагу розбудові ПМСД на засадах сімейної медицини. Визначити реальні потреби населення в первинній, вторинній і третинній медичній допомозі, продовжити формування мережі амбулаторій сімейної медицини, особливо в сільській місцевості.

Важливо продовжити реструктуризацію та реорганізацію спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, раціонально використовувати відомчі медичні заклади шляхом їх функціонування в єдиному медичному просторі.

Необхідно розробити і затвердити гарантоване державою надання безоплатної медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях.

Отже, організаційні засади розбудови системи охорони здоров'я характеризуються проблемами, вирішення яких сприятиме зменшенню рівнів захворюваності, інвалідності та смертності, збереженню працездатності, подовженню тривалості активного життя, поліпшенню демографічної ситуації, якості та ефективності медико-

санітарної допомоги, удосконаленню фінансування, організації та управлінню галуззю.

З метою забезпечення реформування системи охорони здоров'я необхідно розробити і виконувати такі загальнодержавні програми;

— Про розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, особливо в сільській місцевості;

— Про реструктуризацію та раціоналізацію спеціалізованої медичної допомоги;

— Про упорядкування мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я;

— Про удосконалення правової бази і управління системою охорони здоров'я відповідно до європейських вимог і стандартів.

Таким чином, галузь охорони здоров'я України здійснила за останні роки значні перетворення, однак залишається невирішеним ряд проблем, які необхідно подолати і спрямувати на подальшу раціоналізацію її інфраструктури, ліквідацію диспропорції між стаціонарною і амбулаторно-поліклінічною ланками, підвищення доступності, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню.

Партнерами в стратегічних змінах галузі охорони здоров'я мають бути: державні системи управління; громадяни; громади або спільноти, громадські організації.

Формування здоров'я індивідів залежить не тільки від його власної поведінки, а й від створення державою умов, які сприяють здоров'ю всіх членів суспільства.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямі полягають у реорганізації системи охорони здоров'я з залученням всіх суспільно зацікавлених в таких перетвореннях груп, управління ними вимагає управлінської кваліфікації нового типу та є предметом змістовної державної політики, спрямованої на системні перетворення.

Література:

1. Здоровье — 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ / ВОЗ, Европ. регион. Бюро. — Копенгаген, 1999. — 310 с.

2. Сатин Т., Кернс К. Аналитическое планирование: Организация системы. — М.: Радио, 1991. — 224 с.

3. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы систем здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий: пер. с. англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2009. — 432 с.

4. Abelin -Th. Позитивные показатели в охране здравоохранения и укрепление здоровья // Ежеквартальный обзор мировой санитарной статистики. Избр. Ст. 9Т.38. 39). — Женева: ВООЗ, 2008 (М.: Медицина). — С. 3—11.

5. Массаро Т.А., Немек Д., Калтман І. Досвід у проведенні реформ у системі охорони здоров'я в Чеській республіці: уроки початкового досвіду. Неопублікований манускрипт. Альтернативні методи фінансування медичних установ: Тижневий семінар. Проект ЗдравРеформ / Zdrav Reform project: <http://www.health.gov.ua>.

6. Решетников А.В., Ефименко С.А., Цыпленков Л.П. Социально-экономический эффект системы ОМС (на примере Москвы) // Медицина труда и промышленная гигиена. — 2009. — № 9. — С. 12—20.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2011 р.