

УДК 351

Н. А. Фойгт,
к. е. н., ст. н. с.,

докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ при Президентіві України

ОЦІНКА ПРІОРИТЕТІВ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ У КОНТЕКСТІ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАРІННЯ

Стаття присвячена моделюванню взаємодії первинної і вторинної ланок медичної допомоги у межах існуючих моделей фінансового, організаційного та кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги з урахуванням старіння населення. Побудована структурна модель функціонування ПМСД як передумови формування необхідного обсягу стаціонарних медичних послуг в умовах демографічного старіння. Здійснена оцінка пріоритетних напрямів реформування ПМСД в Україні у контексті подолання негативних наслідків старіння населення.

Ключові слова: реформа охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, демографічне старіння, менеджмент хронічних хвороб.

The article deals with the simulation of interrelationship between the primary and secondary links of Health Care in Ukraine with the introduction of different models of the financial, organizational and staff provision of outpatient care under the population aging. The structural model of functioning of Primary Care as the pre-condition of the needed volume of inpatient care in the context of the demographic aging is built. The evaluation of the most prioritative directions of the Primary Care reformation to overcome negative consequences of population ageing is conducted.

Keywords: Health Care reform, Primary Care, population aging, management of chronic illnesses.

Постановка проблеми. Існуюча в Україні система охорони здоров'я людей похилого віку виявилась неадекватною новим демографічним та соціально-економічним умовам функціонування і не враховує усіх медико-соціальних чинників формування здоров'я цієї категорії населення. Як наслідок, в останні роки набуло сталого характеру зростання поширеності захворювань, інвалідності населення похилого віку, суттєво скоротилась частка літніх людей, які оцінюють своє здоров'я як добре. У свою чергу, детерміноване старінням населення зростання поширеності хронічних захворювань визначає дедалі більшу частину навантаження на систему первинної медико-санітарної допомоги. Загальнодержавною програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [1], прийнятою у січні 2010 р., передбачається забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги. Проте, притаманна населенню похилого віку захворюваність на множинну хронічну патологію, що вимагає мультидисциплінарного підходу з залученням команди медичних фахівців для комплексного вирішення потреб пацієнтів, ускладнюватиме завершення лікування значної частини хронічних хвороб на рівні ПМСД і призводитиме до збільшення потреби у загальній та спеціалізованій стаціонарній медичній допомозі. Закладення цих проблем та напрямів їх вирішення у процес реформування первинної медичної допомоги, що наразі триває в Україні, є необхідною передумовою подолання негативних наслідків демографічного старіння для вітчизняної охорони здоров'я та соціального розвитку в цілому.

Аналіз попередніх досліджень. Нормативно-правове обґрунтування реформи первинної медико-санітарної допомоги було започатковане Постановою Кабміну України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [2] та низкою наказів МОЗ [3, 4], і наразі регулюється ст.35 Основ законодавства України про охорону здоров'я [5], у якій первинна лікувально-профілактична допомога визначається як така, що подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. У січні 2010 р. було затверджено Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [1].

Розробці теоретико-методологічних підходів до реформування охороноздоровчої галузі загалом і її первинної ланки зокрема в Україні присвячено чимало досліджень вітчизняних авторів, серед яких слід відзначити роботи В.М.Рудого [6], С.С.Латишева [7], І.В. Рожкової [8] тощо. Особливу увагу проблемам реформування управління [9], фінансування [10] та організації [11] ПМСД приділено у роботах А.Джафарової і спів.

Невирішені раніше частини загальної проблеми. Здійснений аналіз нормативного забезпечення та існуючих наукових розробок з тематики реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні показав, що, незважаючи на численні публікації щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні, надто мало уваги приділяється врахуванню специфіки функціонування цієї ланки охорони здоров'я в умовах демографічного старіння та впливу цієї специфіки на перспективи розвитку загальної та спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги.

Цілі статті – моделювання взаємодії первинної і вторинної ланок медичної допомоги в Україні у межах існуючих моделей фінансового, організаційного та кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги з урахуванням старіння населення, побудова структурної моделі функціонування ПМСД як передумови формування необхідного обсягу стаціонарних медичних послуг в умовах демографічного старіння та оцінка пріоритетних напрямів реформування ПМСД у контексті подолання негативних наслідків старіння населення.

Матеріали і методи. Дослідження здійснене на матеріалах моніторингу національних рахунків охорони здоров'я Європейської організації співробітництва та розвитку (ЄОСР, OECD) і ВООЗ, а також бази даних «Здоров'я для всіх» Європейського відділення ВООЗ. Проаналізовано дані для 53 країн Європи за період з 1995 по 2009 рр. Загальна величина вибірки становить 795 об'єктів. Статистичний аналіз здійснений у програмі STATA 9.2. Для відновлення відсутніх даних були застосовані процедури множинної імпутації засобами ланцюгових рівнянь (модулі ICE та MICOMBINE) з залученням усіх змінних, що вивчалися.

Виклад основного матеріалу. Критерієм обрання змінних для побудови регресійних та структурної моделей був їх статистичний зв'язок з впливом множинної хронічної патології на рівень здоров'я населення похилого віку, залежною величиною, яка відбиває якість лікування віко-залежних хронічних хвороб на рівні первинної медико-санітарної допомоги в умовах демографічного старіння, обраний показник навантаження на систему вторинної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби (кількість осіб, які були виписані зі стаціонарів з приводу лікування злоякісних новоутворень, хвороб системи кровообігу, органів травлення та опорно-рухального апарату, у розрахунку на 100000 населення). Незалежними величинами обрані показники обсягу і структури фінансового (середньодушові витрати на ПМСД у доларах США ПКС, частка витрат на ПМСД у загальних витратах на охорону здоров'я та частка державних витрат у загальних витратах на ПМСД), організаційного (кількість закладів ПМСД на 100000 населення) та кадрового (кількість лікарів усіх спеціальностей на 100000 населення, кількість лікарів загальної практики на 100000 населення та частка лікарів загальної практики у загальній кількості лікарів усіх спеціальностей) забезпечення ПМСД, а також ступеню навантаження на систему ПМСД (середньорічна кількість контактів з закладами ПМСД на 1 особу).

Групування країн Європи за інституційними моделями функціонування системи ПМСД здійснене за схемою, запропонованою I. Joumard et al.[12] (рис.1).

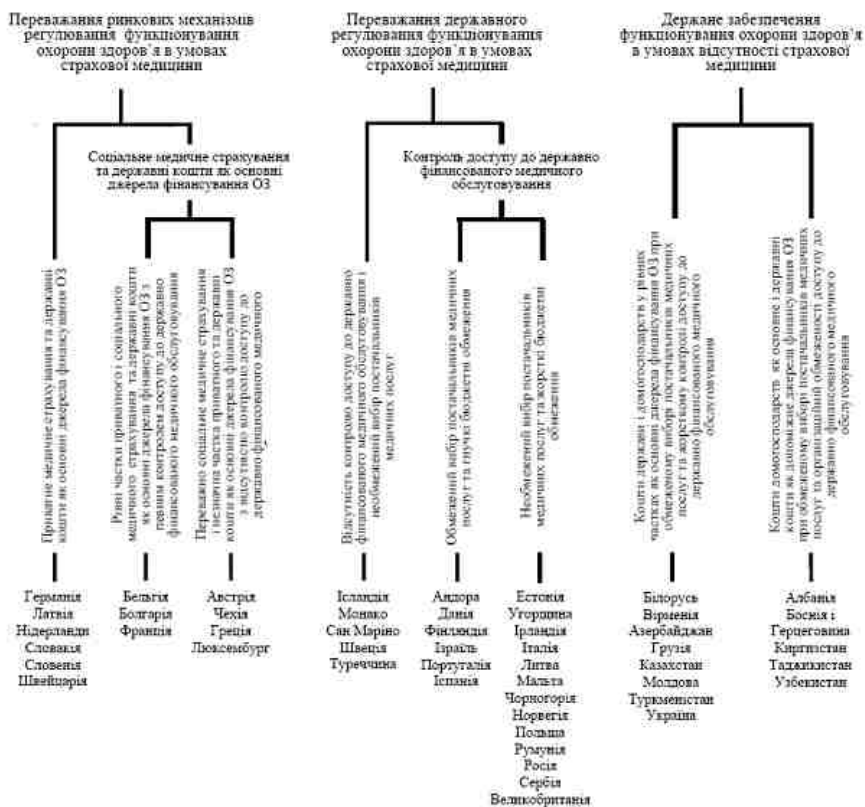


Рис.1. Групи країн, що мають спільну інституційну структуру охорони здоров'я [12, с.51]

Для полегшення порівняння і забезпечення вірогідності отриманих результатів у даній роботі застосовується поділ європейських країн за трьома основними групами інституційного устрою охорони здоров'я: країни з переважанням ринкових механізмів регулювання ОЗ в умовах страхової медицини (далі група 1, або РРОЗ; n = 195); країни з переважанням державного регулювання ОЗ в умовах страхової медицини (далі група 2 або ДРОЗ; n = 390) та країни з державним управлінням ОЗ в умовах відсутності страхової медицини (далі група 3 або ДУОЗ; n = 210).

Розглядаючи стан фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД за різних інституційних моделей ОЗ (табл.1), слід зазначити, що статистично вірогідні відмінності зареєстровані переважно між групами країн, у яких існує або не існує страхова медицина.

Таблиця 1. Статистичні характеристики фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД, навантаження на первинну і вторинну ланки медичної допомоги та смертності від віко-залежних хвороб у похилому віці за різних інституційних моделей ОЗ в Європі у 2005-2009 рр.

	РРОЗ 1	ДРОЗ 2	ДУОЗ 3	Україна 4
Середньодушові витрати на ПМСД, у доларах США ПКС	1421	1053	984	943
Частка витрат на ПМСД у загальних витратах на охорону здоров'я, %	642	641	55	37
Частка державних витрат у загальних витратах на ПМСД, %	652	671	254	313
Кількість закладів ПМСД на 100000 населення	60	433	372	14
Кількість лікарів усіх спеціальностей на 100000 населення	3324	2953,4	2882,4	3121,2,3
Кількість лікарів загальної практики на 100000 населення	77	62	344	293
Частка лікарів загальної практики у загальній кількості лікарів усіх спеціальностей, %	232	211	144	93
Середньорічна кількість контактів з закладами ПМСД на 1 особу	7	6	4	10
Кількість осіб, які перебували у стаціонарах з приводу лікування віко-залежних хронічних хвороб, на 100000 населення	50554	3957	1976	47811
Кількість померлих у віці 65 років і старше від віко-залежних хронічних хвороб, на 100000 населення	4300	4772	5999	6944

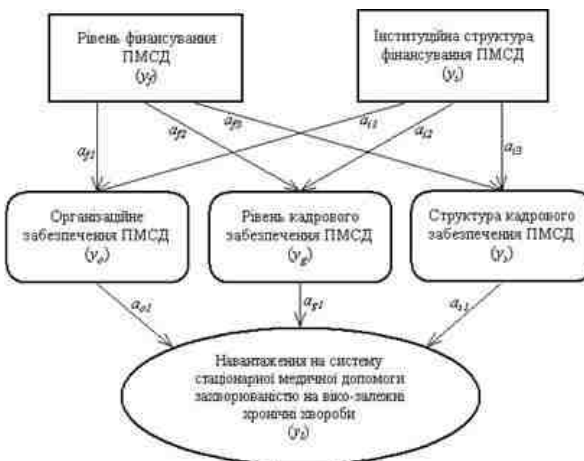
*. тут і далі верхніми індексами позначені регіони, між показниками для яких не існує статистично вірогідних відмінностей

У сфері фінансування крім принципової різниці у рівні середньодушових витрат на ПМСД, відчутна різниця спостерігається у частці державних витрат на цей вид медичної допомоги: в умовах страхової медицини основні державні ресурси ОЗ зосереджуються на профілактиці й лікуванні хвороб на первинному рівні надання медичної допомоги як найдешевшому способі забезпечення здоров'я населення. В Україні частка державних витрат на ПМСД вдвічі менша за таку у країнах груп РРОЗ та ДРОЗ, що за відсутності страхової медицини й при вкрай низькому рівні загального фінансування унеможливило ефективне функціонування цієї ланки ОЗ на існуючих засадах.

При тому, що загальна відносна кількість лікарів є майже однаковою у всіх групах країн, кількість лікарів загальної практики як у розрахунку на 100000 населення, так і відносно загальної кількості лікарів є статистично вірогідно вищою у країнах зі страховою медициною у порівнянні з тими країнами, у яких такої медицини не існує. Оскільки кадрове забезпечення ПМСД має статистично вірогідний позитивний зв'язок з показником демографічними старіння, і негативний – з рівнем смертності населення похилого віку від віко-залежних хронічних хвороб (для показника кількості лікарів загальної практики на 100000 населення коефіцієнт кореляції Пірсона r ($n=795$; $p<0,05$) з названими показниками становить 0,54 і -0,43; для показника частки лікарів загальної практики у загальній кількості лікарів усіх спеціальностей – 0,40 і -0,36 відповідно), цілком очевидно, що в умовах демографічного старіння доступність ПМСД загалом, і особливо достатність лікарів загальної практики є ключовою передумовою успішної боротьби з захворюваністю і смертністю від віко-залежних хронічних хвороб на первинному рівні медичної допомоги.

З метою виділення загальних закономірностей процесу формування навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби у взаємозв'язку з функціонуванням ПМСД було побудовано серію структурних моделей, з числа яких обрано модель, відображену на графі 1.

За результатами розрахунків, наведених у табл.2, вплив рівня фінансування ПМСД на її організаційне та кадрове забезпечення має однаковий напрямок у всіх інституційних моделях ОЗ, хоча за наявності страхової медицини цей вплив є сильнішим. Аналізуючи позитивність впливу рівня фінансового забезпечення ПМСД на рівень її організаційного і кадрового забезпечення, та негативність такого впливу на структурний показник частки лікарів загальної практики у загальній кількості лікарів, важливо зазначити,



Граф 1. Структурна модель формування навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби у взаємозв'язку з функціонуванням ПМСД

Таблиця 2. Параметри структурної моделі формування навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби у взаємозв'язку з функціонуванням ПМСД

	Шляхові коефіцієнти для окремих інституційних моделей ОЗ	
	Ринкове і державне регулювання ОЗ в умовах страхової медицини	Державне управління ОЗ в умовах відсутності страхової медицини
$af1 (yf \rightarrow y1)$	1,24	0,31*
$af2 (yf \rightarrow y2)$	2,33*	0,12*
$af3 (yf \rightarrow y3)$	-7,68*	-1,22*
$ai1 (y4 \rightarrow y1)$	-14,37*	0,83*
$ai2 (y4 \rightarrow y2)$	0,86*	0,19*
$ai3 (y4 \rightarrow y3)$	-5,27*	0,14*
$ao1 (y1 \rightarrow y5)$	158,88*	-332,84
$ag1 (y2 \rightarrow y5)$		-473,10*
$as1 (y3 \rightarrow y5)$	-131,62	795,21*
χ^2	727,72	217,63
Число ступенів свободи	14,00	10,00
p -рівень	0,00	0,00
Інформаційний критерій Акайке (AIC)	1,32	1,46
Байєсовський критерій Шварца (BIC)	1,38	1,67

Обчислення структурної моделі здійснено засобами шляхового аналізу з використанням асимптотично непараметричної процедури аналізу коваріаційних структур. У таблицю не включені шляхові коефіцієнти, для яких неможливо було розрахувати T -статистику. Ці зв'язки вважаються не існуючими. Рівень статистичної значущості $*p < 0,005$.

що достатність фінансових ресурсів визначає не тільки достатність закладів ПМСД і високий рівень їх забезпечення медичними фахівцями у галузі загальної практики/сімейної медицини, але й високий ступінь забезпечення мультидисциплінарного підходу до вирішення проблем захворюваності на віко-залежні хронічні хвороби через високу частку лікарів вузьких спеціальностей.

Цілком зрозуміло, що вплив інституційної структури фінансування ПМСД, зокрема, участі держави у цьому фінансуванні, у країнах зі страховою медициною і таких з державним забезпеченням ОЗ є різним як за обсягом, так і за напрямком. У першому випадку чим меншою є частка державного фінансування, а отже і безпосереднього державного управління, тим більшим є число медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу, тобто ширшим є спектр провайдерів такої допомоги. Низька частка державних коштів у фінансуванні ПМСД визначає також і високий ступінь мультидисциплінарності на усіх рівнях надання медичної допомоги при достатній забезпеченості ПМСД фахівцями у галузі загальної практики/сімейної медицини. Зрозуміло також і те, що в умовах відсутності страхової медицини інституційна структура фінансування не відіграє скільки-небудь значної ролі у організаційному та кадровому забезпеченні ПМСД, що статистично проявляється у низьких рівнях шляхових коефіцієнтів.

Особливістю запропонованої моделі є фіксація важливості інституційного і організаційного устрою ПМСД у формуванні навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби. При цьому у різних інституційних моделях ОЗ показники взаємодії систем первинної і вторинної медичної допомоги відбивають не тільки функціонування ОЗ в цілому, але й вплив на ці системи процесів демографічного старіння та формування статусу здоров'я населення похилого віку. Так, якщо взяти до уваги гіпотезу компресії хронічної захворюваності з розвитком медичних технологій і розширенням доступу населення до ресурсів охорони здоров'я, коли переважну частину життя людина проживає практично здоровою, а період хронічної захворюваності і помирання скорочується і відсувається на більш похилий вік, стає зрозумілим стимулюючий вплив організаційної розвиненості ПМСД на підвищення обсягу навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби в умовах страхової медицини, що при високому рівні демографічної старості пов'язано, передусім, зі значним підвищенням тривалості життя у похилому віці. Значну роль тут відіграє і доступність стаціонарної медичної допомоги при лікуванні хронічних хвороб у похилому віці. Зрозуміло, що у таких умовах можливість мультидисциплінарного підходу на первинному рівні, яку забезпечує доступність як лікарів загальної практики/сімейної медицини, так і фахівців інших медичних спеціальностей, сприяє зменшенню навантаження вторинної ланки медичної допомоги віко-пов'язаною хронічною захворюваністю. Характерною рисою моделі державного управління ОЗ за відсутності страхової медицини є прямий вплив ступеню організаційного та кадрового забезпечення ПМСД на скорочення навантаження на вторинну ланку медичної допомоги. Низька частка лікарів загальної практики/сімейної медицини при їх низькій кількості тут виступає чинником, що знижує ефективність ПМСД і призводить до надлишкового навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби.

Прогноз можливих змін навантаження системи стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби за різних напрямів реформування ПМСД здійснювався з використанням процедури вирішення зворотної задачі регресії. Були проаналізовані гіпотетичні зміни такого навантаження у рамках регресійної моделі виду:

$$y1 = a + b1yf + b2y4 + b3y1 + b4yg + b5ys + e \quad (1)$$

розраховані для України за умов впровадження інституційних, структурних або організаційних змін різних напрямів (табл.3). Такий підхід дозволяє оцінити потенційний ефект управлінських втручань та визначити пріоритетний напрям управлінських заходів, які необхідно здійснити у ситуації, що склалася.

Розрахунки показують, що будь-яка зміна інституційної моделі ПМСД обіцяє зменшення навантаження на стаціонарну медичну допомогу захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби.

Таблиця 3. Гіпотетичні зміни навантаження системи стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби в Україні за різних напрямів реформування ПМСД

Прогноз потреби у стаціонарному лікуванні з приводу віко-залежних хронічних хвороб (кількість осіб на 100000 населення) за умов:			
зміни інституційної моделі при існуючих ресурсах ПМСД*	реструктуризації фінансування, організації та кадрового забезпечення при існуючій інституційній	у т.ч. за умови	
		зміни рівня та структури фінансування при існуючому організаційному та	зміни організаційного та кадрового забезпечення

	прогнозована величина		різниця з фактичною, %		моделі ПМСД**		кадровому забезпеченні		при існуючому рівні і структурі фінансування	
	прогнозована величина	різниця з фактичною, %	прогнозована величина	різниця з фактичною, %	прогнозована величина	різниця з фактичною, %	прогнозована величина	різниця з фактичною, %	прогнозована величина	різниця з фактичною, %
За сценарієм РРОЗ	2520	-47,3	7050	47,5	9017	88,6	1338	-72,0		
За сценарієм ДРОЗ	4176	-12,6	6626	38,6	7806	63,3	2124	-55,6		
За сценарієм ДУОЗ	2604	-45,5	2248	-53,0	3117	-34,8	2436	-49,0		

* у процедурі моделювання – зміна коефіцієнтів при незмінності показників; ** – зміна показників при незмінності коефіцієнтів

Основною причиною цього є, передусім, надзвичайно високий рівень такого навантаження, який вирізняє Україну серед інших країн Європи. Серед інших причин слід назвати низький статус здоров'я населення похилого віку в Україні і низьку тривалість життя в старості, гальмуючих процес компресії хронічної захворюваності як основного чинника зростання навантаження віко-залежної хронічної захворюваності на систему стаціонарної медичної допомоги в умовах достатності фінансових, організаційних та кадрових ресурсів ПМСД, на яке слід було б очікувати за умови впровадження інституційних моделей ринкового і державного регулювання ОЗ в умовах страхової медицини. У той же час, модифікація існуючої в Україні моделі державного управління ОЗ за відсутності страхової медицини у відповідності з узагальненим європейським зразком цієї моделі, яка теж обіцяє зниження потреби у стаціонарному лікуванні віко-залежних хвороб, повертає вітчизняну ПМСД на нижчий щабель розвитку, коли якісна медична допомога усіх рівнів є недоступною для більшості населення.

Підвищення рівня фінансування ПМСД та посилення у ньому ролі держави традиційно стимулюватиме утриманські настрої серед населення та призводитиме до зниження індивідуальної відповідальності за забезпечення здоров'я в старості. Натомість оптимізація організаційних і кадрових ресурсів ПМСД з метою розширення доступу до неї усіх верств населення обіцяє суттєве зниження навантаження на систему стаціонарної медичної допомоги захворюваністю на віко-залежні хронічні хвороби, обумовленого демографічним старінням.

Висновки. Важливим і актуальним висновком моделювання є визначення реструктуризації організаційного і кадрового забезпечення ПМСД у рамках існуючої інституційної моделі ОЗ як найбільш перспективного, а отже, пріоритетного напрямку реформування цієї ланки медичної допомоги за поточної обмеженості фінансових ресурсів. Найвищого ефекту можна досягти за умов якомога глибшої децентралізації управління ПМСД, сприяння розширенню вибору провайдерів послуг ПМСД, перегляду підготовки медичних кадрів у бік надання пріоритету підготовці лікарів загальної практики/сімейної медицини та зосередження їх основного потенціалу на первинному рівні медичної допомоги для посилення контролю над пов'язаними з демографічним старінням захворюваністю і смертністю.

Перспективи подальших досліджень. Завданням подальших досліджень у сфері порівняльного аналізу інституційних моделей ПМСД є деталізація підходів до оцінки їх ефективності.

Список використаних джерел

1. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [Текст]: Закон України №1841-IV від 22 січня 2010 р./ Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – № 13. – ст.126
2. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20 червня 2000 р./ Кабінет Міністрів України. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
3. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [Електронний ресурс]: Наказ М-ва охорони здоров'я України від 11 верес. 2000 р. № 214/ МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
4. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини [Електронний ресурс]: Наказ М-ва охорони здоров'я України від 11 верес. 2000 р. № 214/ МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Текст]: Закон України / Верховна Рада України // Відом. Верховної Ради України. - 1993. - № 4. - Ст. 19.
6. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформ системи охорони здоров'я в Україні / В.М.Рудий. - К.: Сфера, 2005. - 271 с.
7. Латишев Є.Є. Формування системи сімейної медицини в Україні [Текст]: моногр./ Є.Є.Латишев. – К.: Сфера, 2005. – 176 с.
8. Рожкова І.В. Децентралізація управління охороною здоров'я на місцевому рівні [Текст]: моногр./ І.В. Рожкова, І.М.Солоненко. – К.: Фенікс, 2008. – 160 с.
9. Джафарова Д. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медичної практики [Текст]/ Д.Джафарова // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід. - К.: УАДУ, 2000. - С. 321-325.
10. Лехан В. М. Стратегічні підходи до фінансування медичних служб [Текст]/ В.М. Лехан, Д. М. Джафарова, С.І. Биченко // Стратегічні напрямки охорони здоров'я в Україні. - К.: Сфера. - 2001. - С.80-110.
11. Лехан В. М. Структурна перебудова системи медичної допомоги як спосіб підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я [Текст] / В.М. Лехан, В.В. Загородній, Д. М. Джафарова // Стратегічні напрямки охорони здоров'я в Україні. - К.: Сфера. - 2001. - С.58-79.
12. Jourard I. Health Care Systems: Efficiency and Institutions [Electronic resource] / I. Jourard, C. André and C. Nicq // OECD Economics Department Working Papers. – 2010. – No. 769. – Resource is available at <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>. – [OECD Publishing].

Стаття надійшла до редакції 22.08.2011 р.

[1] Тут терміни «державне регулювання» і «державне управління» означають різні функції держави у забезпеченні охорони здоров'я. У першому випадку йдеться про створення державою умов для діяльності суб'єктів та об'єктів управління у бажаному для держави напрямі; у другому – про цілеспрямований вплив безпосередньо на об'єкти управління, використання методів, що передбачають підпорядкування цих об'єктів управлінському впливу з боку держави як суб'єкта управління.



ТОВ "ДКС Центр"