

К. В. Павлов

д-р экон. наук

г. Ижевск

М. А. Степчук

канд. мед. наук

г. Белгород

Т. М. Пинкус

г. Белгород

Е. М. Господынько

г. Белгород, Россия

ТЕНДЕНЦИИ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Демографическая ситуация в области за последнее десятилетие несколько улучшилась, однако остаётся напряжённой. За период 2001–2010 гг. **рождаемость** по области **увеличилась** на 32,9 %, и показатель составил 10,9 (2001 г. — 8,2), по Российской Федерации в целом — 12,4. Этому способствовало увеличение числа женщин фертильного возраста, реализация мероприятий целевых программ, введение дополнительных социальных льгот. Показатель **смертности** за последние 10 лет в области уменьшился на 10,5 % и составил в 2010 году 14,4 на 1 000 населения (2001 г. — 16,1), по Российской Федерации в целом — 14,2 (см. табл. 1). Максимальное увеличение показателя наблюдалось в 2002 и 2004 гг. (до 16,2).

Самые низкие показатели смертности зарегистрированы в г. Белгороде — 11,0; Старооскольском — 11,9; Белгородском — 12,9 районах. Наибольший удельный вес в структуре смертности населения занимает: смертность от болезней системы кровообращения 67,9 %, новообразований — 13,8 %, внешних причин — 7,8 %.

Состояние здоровья и уровень смертности населения отражается на показателе ожидаемой **продолжительности жизни**, которая, наконец, в 2010 г. составила — 71,1 лет (в РФ — 68,7), при этом мужчин — 65,5 (в РФ — 62,8), женщин — 76,6 (в РФ — 74,7).

За период 2006–2010 гг. численность населения увеличилась на 1,4 % и на 1 января 2011 года составила 1 миллион 532 тысячи человек, из них городское население — 1 014 тысяч, сельское — 518 тысяч. Одним из основных индикаторов деятельности здравоохранения региона является показатель **младенческой смертности**, который за 10 лет (2001–2010 гг.) **снизился** на 63,8 %, и составила 5,1 на 1 000 родившихся живыми (2001 г. — 14,1), в РФ — 8,1, и имел стабильную тенденцию к снижению. Не было случаев младенческой смертности в Ивнянском районе. Ниже областного этот показатель в Губкинском — 1,8; Шебекинском — 2,1; Алексеевском — 2,6; Красногвардейском — 2,8 районах. Отрицательное значение **естественного**

прироста населения за 10 анализируемых лет уменьшилось на 55,7 % и составило — 3,5 (2001 г. — -7,9).

Численность населения Белгородской области увеличилась на 2,2 % и, с учетом предварительных итогов Всероссийской переписи населения 2010 года, на 1 января 2011 года составила 1 532,5 тысяч человек (в 2001 г. — 1 498,8,3).

В целях дальнейшей стабилизации демографической ситуации в области реализуются мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье»; Концепции демографического развития; Программы улучшения демографической ситуации в области. Кроме того, реализуются другие проекты, направленные на сохранение и укрепление здоровья населения, в том числе репродуктивного; улучшение качества медицинского и социального обслуживания населения; защиту материнства, отцовства и детства; всестороннее укрепление института семьи; профилактику сиротства; поддержку семей, усыновивших детей; улучшение жилищных условий; решение проблемы занятости и оптимизацию миграционных процессов.

Заболеваемость населения

Повышение доли лиц пожилого возраста в составе населения влечёт изменения в масштабах и структуре заболеваемости, требующие более высоких затрат на медицинскую помощь и медико-социальное обслуживание.

Общая заболеваемость взрослого населения в Белгородской области за период 2001–2010 гг. увеличилась на 14,7 %, и этот показатель в 2010 г. составил 157 978,3 на 100 000 соответствующего населения (2001 г. — 137 666,5) РФ — 142 754,9 (см. рис. 1).

Рост уровня общей заболеваемости произошёл в основном за счёт (в %):

- симптомы, признаки и отклонения от нормы — на 26,2 %; высоких затрат на медицинскую помощь и медико-социальное обслуживание;
- новообразования — 17,1 %;
- болезни уха и сосцевидного отростка — 15,3 %.

Наряду с этим отмечено **снижение** в 2010 году общей заболеваемости по следующим **классам** (в %):

Таблица 1

Основные медико-демографические показатели (на 1 000 человек населения)

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2010 г. к 2001 г. +, - в %
Рождаемость	8,2	8,6	9,2	9,1	8,9	9,5	10,3	11,0	11,0	10,9	32,9
Смертность	16,1	16,2	16,1	16,2	16,0	15,3	14,8	14,7	14,4	14,4	-10,5
Естественный прирост	-7,9	-7,6	-6,9	-7,1	-7,1	-5,8	-4,5	-3,7	-3,4	-3,5	-55,7

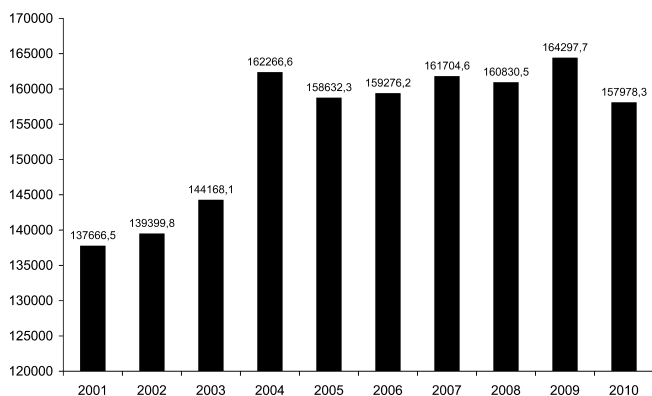


Рис. 1.

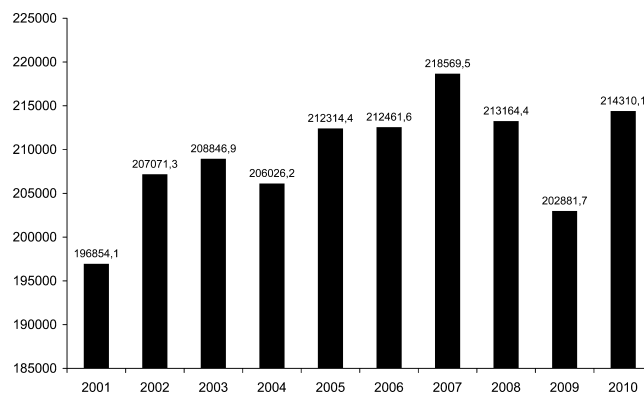


Рис. 3.

— болезни крови, кроветворных органов — на 16,2;
 — беременность, роды и послеродовый период — на 16,0;

— инфекционные и паразитарные болезни — на 14,7;
 — болезни глаза и его придаточного аппарата — на 7,2.

Заболеваемость взрослых с диагнозом, установленным впервые в жизни, в 2010 году по сравнению с уровнем 2001 года **уменьшилась** на 7,7 %, и этот показатель составил 57 861,8 на 100 000 взрослого населения (в 2001 г. — 62 729,4), в РФ — 56 818,3.

У детей подросткового возраста (15–17 лет) уровень общей заболеваемости в 2010 году по сравнению с уровнем 2001 года увеличился на 47,8 % и этот показатель составил 241 045,4 на 100 000 соответствующего населения (в 2001 г. — 163041,4) (см. рис. 2).

Увеличение произошло за счет следующих классов (в %):
 — болезни уха и сосцевидного отростка — на 59,1;
 — новообразования — на 56,3;
 — болезни органов дыхания — 45,6.

Заболеваемость детей подросткового возраста (15–17 лет) с диагнозом, установленным впервые в жизни, увеличилась на 44,8 % и составила 152 382,5 на 100 000 соответствующего населения (в 2001 г. — 105 226,6). **Общая заболеваемость детей (0–14 лет)** за последние 10 лет в области **увеличилась** на 8,8 % и в 2010 году составила 214 310,1 на 100 000 соответствующего населения (2001 г. — 196 854,1), РФ — 245 409,6 (см. рис. 3).

Увеличение общей заболеваемости детей (0–14 лет) отмечено по следующим классам (в %):

— некоторые инфекционные и паразитарные болезни — на 34,2 %;
 — врожденные аномалии (пороки развития) — на 22,8 %;
 — травмы — на 17,1 %.

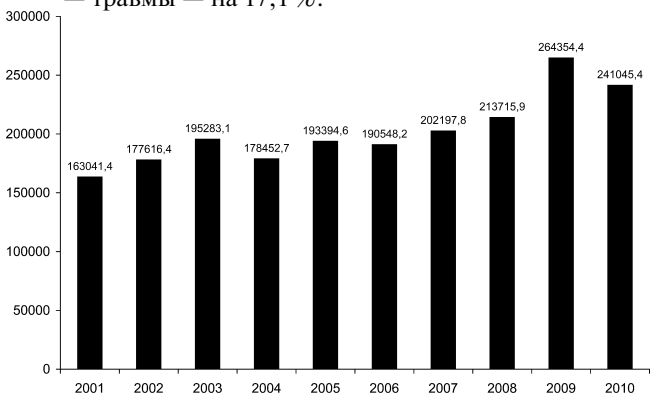


Рис. 2.

Наряду с этим отмечено **снижение** по следующим классам (в %):

— симптомы, признаки и отклонения от нормы — 23,2;
 — болезни эндокринной системы — 20,6;
 — болезни кожи и подкожной клетчатки — 19,2.

Заболеваемость детей (0–14 лет) с диагнозом, установленным впервые в жизни, увеличилась на 10,4 % и составила 165 764,2 на 100 000 соответствующего населения (в 2001 г. — 150 061,2), в РФ в целом — 195 814,4.

Таким образом, за последние 10 лет (2001–2010 гг.) отмечено **снижение** заболеваемости взрослого населения. Ее рост у детей (0–14 лет) и детей подросткового возраста (15–17 лет) связан с увеличением выявляемости заболеваний во время проведения диспансеризации данной группы населения.

Социально-значимые заболевания

За 2001–2010 гг. уровень общей заболеваемости **туберкулезом** с учетом всех ведомств **уменьшился** на 38,0 % и составил 46,6 на 100 000 населения (2001 г. — 75,2). Снижение заболеваемости произошло в результате реализации на территории области программ борьбы с туберкулезом. Наряду с этим необходимо отметить, что в отдельных районах продолжала сохраняться тенденция несвоевременного выявления туберкулеза среди социально незащищенных слоев населения. Все это указывает на недостатки в организации ранней диагностики туберкулеза на этих территориях.

Число больных **активным туберкулезом, состоящих под диспансерным наблюдением** в противотуберкулезных учреждениях области, **уменьшилось** за последние 10 лет на 56,9 % и составило на конец 2010 года 71,6 на 100 000 населения (в 2001 г. — 166,1), в РФ в целом — 185,1 (см. рис. 4).

Показатель охвата профилактическими осмотрами на туберкулез всеми методами к числу подлежащих увеличился на 4,3 % и составил 71,5 % (в 2001 г. — 68,5 %), в РФ в 2010 г. — 63,2 %. **Смертность от туберкулеза уменьшилась** на 69,1 % и составила в 2010 г. 2,9 на 100 000 населения (в 2001 г. — 9,4), в РФ — 16,8.

Онкологическая заболеваемость

За десятилетний период **заболеваемость злокачественными новообразованиями увеличилась** на 25,1 %, и составила 387,0 на 100 000 населения (в 2001 г. — 309,2), в РФ в целом — 355,8 (см. рис 5).

В структуре онкологической заболеваемости всего населения заняли:

1 место — **рак кожи** и составил 17,4 % (в 2001 г. — 15,1 %);
 2 место — **рак бронхолегочной системы** и составил 11,0 % (в 2001 г. — 12,9 %);

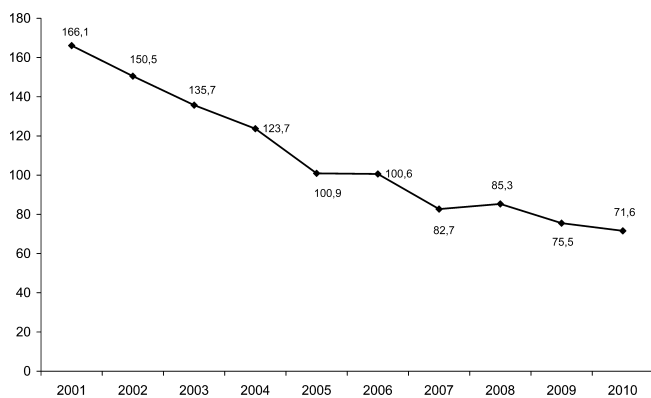


Рис. 4.

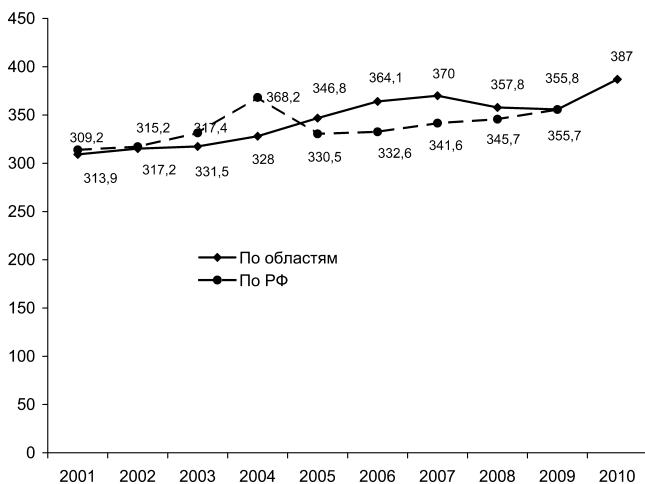


Рис. 5.

3 место — **рак молочной железы** у женщин и составил 10,3 % (в 2001 г. — 9,8 %);

4 место — **рак желудка** и составил 7,4 % (в 2001 г. — 10,2 %).

С 2001 по 2010 гг. произошло уменьшение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных в IV и III стадиях на 12,2 % и этот показатель составил 25,8 %. **Показатель смертности от онкологических заболеваний уменьшился** на 2,3 % и составил 187,8 на 100 000 населения (в 2001 г. — 192,2). **Показатель ежегодной летальности уменьшился** на 8,0 % и составил 25,4 % (в 2001 г. — 33,4), в РФ — 29,2 %.

Дерматовенерологические заболевания

За период 2001–2010 гг. заболеваемость **дерматовенерологическими заболеваниями снизилась**:

— **сифилисом** — на 70,7 % и составила 23,8 на 100 000 населения (в 2001 г. — 81,4), РФ — 59,9;

— **гонореей** — на 66,7 % и составила 27,1 на 100 000 населения (в 2001 г. — 81,4), в РФ — 56,4. Это было достигнуто в результате увеличения объемов санитарно-просветительной работы среди групп риска в возрастной группе 20–29 лет, а также в результате повышения качества диспансеризации больных;

— **чесоткой** — на 72,5 % и составила 19,1 на 100 000 населения (в 2001 г. — 69,6); в РФ — 113,6. Снижение заболеваемостью чесоткой достигнуто за счет своевременной выявляемости, обследования и лечения всех контактных больных, а также вследствие профилактической работы;

— **микроспорией** — на 34,4 % и составила 32,0 на 100 000 населения (в 2001 г. — 48,8); в РФ — 42,1.

Психиатрические заболевания

Заболеваемость психическими расстройствами с диагнозом, установленным впервые в жизни, за период 2001–2010 гг. **уменьшилась** на 21,4 % и составила 285,3 на 100 000 населения (в 2001 г. — 363,1), в РФ — 358,3. **Снижение** заболеваемости отмечалось и среди больных с психическими расстройствами **непсихотического характера** на 19,7 %, а также среди больных с **психозами и состояниями слабоумия** на 1,0 %. **Число психических больных, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением**, на конец 2010 г. **снизилось** на 6,2 % и этот показатель составил 2 654,9 на 100 000 населения (в 2001 г. — 2 829,8).

Наркологическая заболеваемость

Заболеваемость алкоголизмом с диагнозом, установленным впервые в жизни, **снизилась** за последние 10 лет на 29,7 % и составила 69,7 на 100 000 населения (в 2001 г. — 99,2), в РФ — 76,8. **Общее число больных алкоголизмом, состоящих под диспансерным наблюдением**, за десятилетний период **снизилось** на 24,7 %, и этот показатель составил 1 027,7 на 100 000 населения (в 2001 г. — 1 365,9), в РФ в целом — 1 450,4. **Заболеваемость алкогольными психозами с диагнозом, установленным впервые в жизни**, **уменьшилась** за 10 лет (2001–2010 гг.) на 49,6 % и составила 16,7 на 100 000 населения (в 2001 г. — 33,2), в РФ — 35,7. **Количество больных, состоящих под диспансерным наблюдением с алкогольными психозами**, за анализируемые годы **уменьшилось** на 45,2 %, и этот показатель составил 34,4 на 100 000 населения (в 2001 г. — 62,8), в РФ — 74,0. **Заболеваемость наркоманией с диагнозом, установленным впервые в жизни**, **уменьшилась** на 42,8 % и составила 4,8 на 100 000 населения (в 2001 г. — 8,4), в РФ — 17,8.

Число больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением, за последние 10 лет **увеличилось** в 2,6 раза, и этот показатель составил 91,4 на 100 000 населения (в 2001 г. — 34,0), в РФ — 252,1. Увеличение диспансерной группы больных наркоманией произошло за счет длительных сроков диспансерного наблюдения и улучшения выявляемости в результате активизации деятельности всех участников межведомственного взаимодействия.

Таким образом, ведущими причинами смертности населения в Белгородской области являются болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, смертность от травм, отравлений и воздействия внешних причин. В последние годы отмечается тенденция роста смертности от злокачественных новообразований и болезни системы пищеварения. Увеличение общей заболеваемости населения произошло за счет новообразований, болезней органов дыхания, костно-мышечной системы, системы пищеварения и сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим усилия органов местного самоуправления и здравоохранения, заинтересованных ведомств и медицинских работников направлены на охрану здоровья населения, формирование у него здорового образа жизни, повышение доступности и качества медицинской помощи. Межведомственные усилия, эффективное функционирование и развитие здравоохранения должно обеспечить повышение качества и продолжительности активной жизни населения (в том числе трудовых ресурсов), что является залогом устойчивого социально-экономического развития области. Улучшению медицинских и социально-экономических показателей в регионе может способствовать реализация определенных мероприятий.

Таблица 2

Распределение ВОП по возрасту и полу

Возраст	Всего врачей / в %	В т. ч.: мужчины	женщины
Всего ВОП	262	77	185
В т. ч.: пенсионный возраст	72 / 27,5	39	33
до 30 лет	9 / 3,4	-	9

На современном этапе развития здравоохранения России большое значение придается развитию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в том числе — участковой службы. Это отмечено в Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года и в программе модернизации на 2011—2012 годы. Приоритетным направлением реализации программы модернизации здравоохранения Белгородской области является развитие участковой службы как основного элемента предоставления ПМСП населению. Ориентация здравоохранения в предыдущие годы на развитие стационарной медицинской помощи привела к недофинансированию ПМСП, недостаточной обеспеченности участковыми врачами, низкой оснащенности поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь [1]. В результате наблюдается рост хронических и запущенных заболеваний, что приводит к высокому уровню госпитализации, вызовов скорой медицинской помощи и смертности населения.

В связи с этим в области к приоритетному направлению реализации национального проекта «Здоровье» отнесли развитие ПМСП, в соответствии с которым были разработаны и проводятся мероприятия по всем направлениям проекта [7]. В 2008—2009 годах добавлены мероприятия, направленные на снижение смертности населения от управляемых причин и сохранение качественных характеристик трудоспособного населения области. Эти меры призваны повлиять на своевременное выявление и предупреждение многих заболеваний, продление активной жизни [4].

Одним из приоритетных направлений дальнейшего совершенствования ПМСП является её развитие по принципу общей врачебной практики (ОВП) и, в первую очередь, в сельской местности [6]. Этим предполагается увеличить доступность медицинской помощи и значительно повысить качество её оказания (хотя ВОЗ в резолюции №3230 признала, что организация ПМСП и институт участкового врача-терапевта советского здравоохранения были более прогрессивные и эффективные, чем организация медицинской помощи по принципу «семейного врача»). Однако участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном оказания ПМСП. Число врачей общей практики (ВОП) в Белгородской области составляет 28,1 % от числа врачей первичного звена здравоохранения и 4,8 % от числа всех врачей (в РФ 8,5 % и менее 1 % соответственно). По состоянию на 01.01.2011 г. в области работало 262 ВОП. Большинство врачей первичного звена в области — женщины, но среди ВОП мужчин больше (29,4 %), чем среди других категорий участковых врачей (около 10 %). Обращает на себя внимание тот факт, что 27,5 % ВОП — это люди пенсионного возраста, моложе 30 лет — только 3,3 % (см. табл. 2). С 2005 по 2010 год было подготовлено 364 ВОП. По состоянию на 1 января 2011 г. 102 (28,0 %) ВОП не работают по специальности (руководители учреждений, заведующие отделениями, участковые терапевты и педиатры, врачи скорой медицинской помощи (СМП) и др.), 16 — находятся в декретном отпуске.

Сравнительный анализ работы ВОП в сельской местности и в городах показал, что ВОП в городских поликлиниках взрослых больных по специальностям и детей не принимает, у них значительно ниже, чем на селе основные показатели работы. Кроме того, для работы ВОП создаются лучшие условия, чем для участкового

терапевта и педиатра. Это подтверждает рациональность дальнейшего развития ОВП в сельской местности [2].

С целью дальнейшего развития ПМСП необходимо приводить к стандарту и оснащать современным оборудованием рабочие места участковых терапевтов, педиатров и, в первую очередь, в сельской местности [3]. Это важно для того, чтобы население имело возможность обследоваться, лечиться и восстанавливать здоровье в своих сельских учреждениях здравоохранения. А с целью дальнейшего повышения доступности медицинского обслуживания необходимо проводить дальнейшее разукрупнение участков и осуществить 100 % укомплектование их квалифицированными врачами.

В рамках доступности и качества ПМСП предлагается переход на три уровня её оказания: **оздоровительно-профилактическая (первичная); парагоспитальная (патронажная) и госпитальная помощь**. В этой модели ПМСП будет включать в себя три этапа: первичную медицинскую, доврачебную и первую врачебную помощь. Поэтому уже сегодня необходимо создать условия для *профилактического обслуживания* преимущественно здоровых людей, а также лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения [8]. В этой связи участковая служба должна проводить: активную пропаганду здорового образа жизни; консультировать по всем вопросам, связанным с проблемами здоровья членов семьи; осуществлять диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к «группам риска» с учётом скрининговых обследований и за хроническими больными; проводить лечение легких заболеваний и функциональных расстройств, лёгких обострений хронических заболеваний у пациентов, не требующих постоянного патронажа. Таким образом, основной работой участкового терапевта, педиатра и ВОП должна стать профилактическая, а не лечебная работа.

В Белгородской области практически отсутствует патронажная служба. Патронаж детей до года жизни организован несколько лучше, посещение детей других возрастов — в основном за счёт пассивных вызовов и посещений по поводу организации прививочной работы (прививки — один из основных критериев оценки работы педиатрической службы). Патронаж взрослого населения осуществляется участковой службой спорадически и в небольших объёмах. По мнению авторов, *патронажная медицинская помощь* должна включать: временное медицинское обслуживание впервые заболевших, оказание помощи при неотложных состояниях, обслуживание больных, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения. Она должна предусматривать: разовый патронаж и оказание неотложной помощи; краткосрочную госпитализацию пациентов в стационар интенсивного лечения; регулярный патронаж в условиях «стационар на дому». При этом патронажные бригады должны быть оснащены мобильным диагностическим оборудованием, необходимыми лекарственными препаратами, операционным инструментарием и перевязочным



материалом [5]. Это позволит переводить стационарных больных на долечивание в «стационар на дому», осуществлять все необходимые процедуры медицинскими работниками патронажной службы, а также значительно снизить объём дорогостоящей стационарной помощи.

Одним из важных вопросов развития ПМСП является *повышение квалификации и рациональное использование фельдшеров, участковых и патронажных медицинских сестёр*. Пропаганда здорового образа жизни на участке, активное выявление лиц с факторами риска, постоянное наблюдение за хроническими больными, в том числе с нестабильным течением заболевания, обучение пациентов самоконтролю за своим состоянием и в школе здоровья, проведение прививок — все это входит в обязанности средних медицинских работников участковой службы, а также должно стимулироваться доплатами за достигнутые результаты. Все это может и должно развивать положительную мотивацию населения на осуществление здорового образа жизни и прививать навыки сохранения и укрепления здоровья. Профилактическая работа должна сосредоточиться на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери в области. К ним можно отнести сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз), диабет II типа, онкологические болезни, дегенеративные заболевания позвоночника, крупных суставов и др. Следует возродить работу кабинетов доврачебной медицинской помощи, привести в соответствие к стандарту оснащение отделений (кабинетов) по восстановительному лечению и реабилитации, укомплектовать их подготовленными специалистами реабилитационной службы с целью удовлетворения населения квалифицированным восстановительным лечением и реабилитацией.

Таким образом, для дальнейшего развития ПМСП и, в первую очередь, в сельской местности, необходимо определить реальную потребность в создании центров ОВП в разных районах области в зависимости от численности сельского населения и отдалённости поселений от центральных районных больниц (ЦРБ). Следует повысить качество учёбы ВОП, участковых терапевтов и педиатров, средних медицинских работников первичного звена с целью приобретения не только теоретических знаний, но и практических навыков в соответствии с новыми, стоящими перед здравоохранением задачами. Оказание амбулаторной помощи и её оплату нужно осуществлять в соответствии с медико-экономическими стандартами (МЭС) по законченному случаю. Также по законченному случаю необходимо вести учёт работы врачей первичного звена. Следует перейти на одноканальное финансирование медицинской помощи на основе подушевого финансирования за прикрепленное население по принципу частичного фондодержателя с оплатой по всем статьям расходов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и стимулированием работы ВОП, участковых врачей и средних медицинских работников за качественные показатели работы и улучшение здоровья прикрепленного населения. Система фондодержания должна стимулировать врачей поликлиники на предоставление услуг, которые в настоящее время оказываются в других медицинских учреждениях, прежде всего, в стационарах. На этой основе можно значительно сократить объём необоснованных обследований, госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и др. Необходимо обеспечить активное и рациональное использование фельдшеров, участковых и патронажных медицинских сестёр для

оказания качественной доврачебной помощи, профилактической и патронажной работы на участке. С целью снижения нагрузки на участковых врачей и врачей-специалистов необходимо возродить работу кабинетов доврачебной медицинской помощи. Следует привести в соответствие со стандартом оснащение отделений (кабинетов) по восстановительному лечению и реабилитации, укомплектовать их подготовленными специалистами реабилитационной службы с целью удовлетворения населения квалифицированным восстановительным лечением и реабилитацией.

От реализации данных мероприятий по развитию ПМСП в регионе ожидается в перспективе: снижение показателей общей смертности и инвалидности населения Белгородской области за счёт повышения доступности и качества медицинской помощи; улучшение качества жизни больных; удовлетворение потребности населения в бесплатной и качественной медицинской помощи в различных муниципальных образованиях; внедрение эффективных медицинских технологий и приближение здравоохранения региона к современным стандартам оказания медицинской помощи населению; снижение экономических потерь за счёт восстановления трудовых ресурсов, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности.

Список использованных источников

1. Комаров Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь, какой она должна быть? / Комаров Ю. М. // Здравоохранение. — 2008. — № 5. — С. 19–28.
2. Лазаренко А. И. Врачи общей практики в системе первичной медицинской помощи Франции / Лазаренко А. И., Заика Н. М. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. — № 2. — С. 53–55.
3. Лычев В. Г. Контроль деятельности участкового врача-терапевта — путь повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи / Лычев В. Г., Карманова Т. Г. // Здравоохранение Российской Федерации. — 2008. — № 5. — С. 17–20.
4. Матвеев Э. Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Матвеев Э. Н., Леонов С. А., Сон И. М. // Социальные аспекты здоровья населения. — 2008. — № 1. — С. 34–38.
5. Овчаров В. К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности / Овчаров В. К., Какорина Е. П., Роговина А. Г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. — № 5. — С. 6–10.
6. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо / Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — Женева: ВОЗ. — 2008.
7. Степчук М. А. Оценка доступности медицинской помощи на разных уровнях её оказания / Т. М. Пинкус, С. В. Абрамова, Д. П. Боженко // «Медицина. Фармация». БелГУ. — Белгород, — 2011. — № 16 (111), Выпуск 16. — С. 182–189.
8. Социально-экономическое развитие славянских стран СНГ: сравнительный анализ. (Серия: «Экономическое славяноведение») / под научной редакцией профессора К. В. Павлова и доцента И. З. Юсупова. — Ижевск : Издательство «Митра», 2012. — 837 с.