

Н. А. Фойгт,  
к. е. н., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
НАДУ при Президентіві України

## ОЦІНКА ІНСТИТУЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У КОНТЕКСТІ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАРІННЯ

*У статті здійснений порівняльний аналіз фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД за різних інституційних моделей ОЗ в умовах демографічного старіння. Виділена і обґрунтована модель державного управління охороною здоров'я в умовах відсутності страхової медицини як складова загальноєвропейського інституційного устрою охорони здоров'я. Визначені принципи відмінності забезпечення ПМСД у межах цієї моделі від існуючих в Європі, стан та перспективи функціонування первинної ланки охорони здоров'я в умовах старіння населення.*

*The article presents a comparative analysis of financing, organization and staffing of PHC under different institutional models of health care in terms of population aging. The model of the state administration of public health in the absence of health insurance as the part of the general institutional structure of health care in Europe is selected and justified. The fundamental differences of PHC within this model from those existing in Europe are identified, and the state and prospects of PHC functioning in terms of population aging are defined.*

*Ключові слова: державне управління, реформування первинної медико-санітарної допомоги, інституційна модель охорони здоров'я, демографічне старіння.*

*Key words: public administration, reform of Primary Health Care, institutional model of Health Care, population aging.*

### 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 р. [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], де первинна лікувально-профілактична допомога визначається як така, що подається переважно за територіальною оз-

накою 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 р. [1].

Розробці теоретико-методологічних підходів до реформування охорони здоров'я загальної практики в Україні присвячено чимало досліджень вітчизняних авторів, серед яких слід відзначити роботи В.М. Рудого [6], Є.Є. 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**

**РАНИШЕ 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.

Мета статті — здійснити порівняльний аналіз фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД за різних інституційних моделей ОЗ в умовах демографічного старіння; виділити і обґрунтувати модель державного управління охороною здоров'я в умовах відсутності страхової медицини як складової загальноєвропейського інституційного устрою охорони здоров'я; визначити принципів відмінності забезпечення ПМСД у межах цієї моделі від існуючих в Європі, а також стан та перспективи функціонування первинної ланки охорони здоров'я в умовах старіння населення.

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 MCOMBINE) із залученням усіх змінних, що вивчаються.

**ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ**

Критерієм обрання показників для аналізу і порівняння існуючих інституційних моделей охорони здоров'я та основних складових забезпечення ПМСД у рамках цих моделей

**Таблиця 1. Коефіцієнти кореляції Пірсона r (n = 795, p < 0,05) між показниками фінансового, організаційного й кадрового забезпечення ПМСД, навантаження на системи первинної і вторинної медичної допомоги та індикаторами старіння населення, смертності від вікозалежних хронічних хвороб у похилому віці й очікуваної тривалості життя в старості**

	Частка населення у віці 65 років і старше	Середня очікувана тривалість життя у віці 65 років	Коефіцієнт смертності у віці 65 років і старше від вікозалежних хронічних хвороб
Середньодушові витрати на ПМСД	0,57	0,83	-0,79
Частка витрат на ПМСД у загальних витратах на охорону здоров'я	-	0,21	-0,24
Частка державних витрат у загальних витратах на ПМСД	0,58	0,38	-0,36
Кількість закладів ПМСД на 100000 населення	-	-	-
Кількість лікарів усіх спеціальностей на 100000 населення	0,28	0,08	-
Кількість лікарів загальної практики на 100000 населення	0,53	0,45	-0,43
Частка лікарів загальної практики у загальній кількості лікарів усіх спеціальностей	0,40	0,36	-0,36
Середньорічна кількість контактів з закладами ПМСД на 1 особу	0,23	-0,21	0,25
Кількість осіб, які перебували у стаціонарах з приводу лікування вікозалежних хронічних хвороб, на 100000 населення	0,61	0,24	-0,19
Частка населення у віці 65 років і старше	1,00	0,50	-0,45
Середня очікувана тривалість життя у віці 65 років	0,50	1,00	-0,98
Коефіцієнт смертності у віці 65 років і старше від вікозалежних хронічних хвороб, на 100000 населення	-0,45	-0,98	1,00

був їх статистичний зв'язок з впливом множинної хронічної патології на рівень здоров'я населення похилого віку. Залежною величиною, яка відбиває якість лікування вікозалежних хронічних хвороб, обраний показник смертності у віці 65 років і старше від вікозалежних хронічних хвороб (новоутворень, хвороб системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, опорно-рухального апарату, психічних хвороб та невизначених симптомів, станів та ознак, 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 ступеня навантаження на системи ПМСД (середньорічна кількість контактів з закладами ПМСД на 1 особу) і стаціонарної медичної допомоги (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). У табл.1 наведені характеристики статистичного зв'язку між обраними змінними та характеристиками рівня демографічного старіння, тривалості життя та смертності у похилому віці від вікозалежних хронічних хвороб.

Слід зазначити, що головною особливістю такого зв'язку для показників фінансування, організації та кадрового забезпечення ПМСД є його вірогідно вища міцність з кількісним показником демографічного старіння (часткою населення у віці 65 років і старше) порівняно з якісними характеристиками здоров'я цього контингенту населення, що свідчить про переважання орієнтації ПМСД на кількісну, а не структурну складову захворюваності у похилому віці. Ведучи ж мову про зв'язок навантаження на первинну і вто-

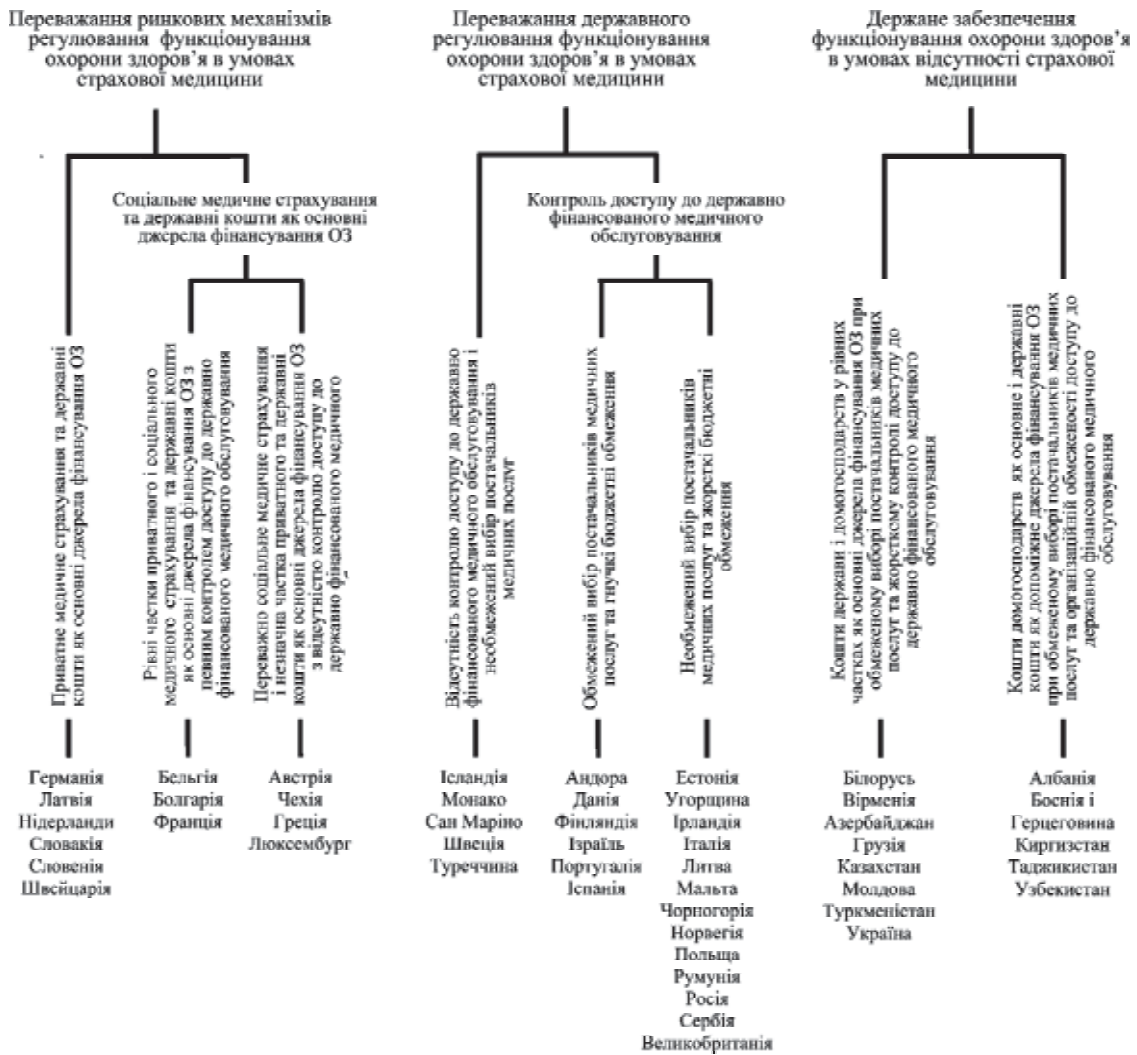


Рис. 1. Групи країн, що мають спільну інституційну структуру охорони здоров'я [12, с. 51]

ринну ланки медичної допомоги з демографічними характеристиками населення похилого віку, важливо підкреслити передусім особливу міцність цього зв'язку з обсягом надання стаціонарної медичної допомоги. Це означає, що при будь-якому підході до реформування ПМСД у контексті демографічного старіння слід враховувати неухильність подальшого зростання потреби населення у стаціонарній медичній допомозі.

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

Країни-представники першої групи екстенсивно покладаються на ринкові механізми регулювання функціонування охорони здоров'я в умовах переважання приватного страхового забезпечення медичного обслуговування. Послуги приватних постачальників відіграють провідну роль і здебільшого оплачуються безпосередньо після їх надання. Користувачам пропонується широкий вибір постачальників, але існують певні обмеження доступу до державно фінансованого медичного обслуговування, чого в умовах відсутності державного регулювання цін вимагає контроль за державними витратами. Ці країни відрізняються значним ступенем децентралізації управління охороною здоров'я: органи місцевого самоврядування мають значну автономію в управлінні фінансами і забезпеченні медичного обслуговування населення.

Друга група країн покладається переважно на фонди

соціального медичного страхування у поєднанні з переважанням ринкових механізмів на рівні постачання медичних послуг: користувачі отримують широкий вибір постачальників; приватне постачання як стаціонарних, так і амбулаторних послуг є відносно необмеженим; постачальники є добре вмотивованими до надання якомога більшої кількості послуг, а поширення серед користувачів інформації відносно якості і цін є потужним дисциплінуючим чинником. У цій групі країн контроль за рівнем державних витрат загалом набуває форми помірного контролю доступу до державно фінансованого медичного обслуговування при чітко визначених пріоритетах (базовий пакет послуг визначається урядом на основі застосування ефективної технології обстеження і визначення обсягу та структури такого пакету).

Третя група країн також характеризується переважанням ринкових механізмів регулювання страхового забезпечення медичного обслуговування, а також широким вибором постачальників медичних послуг для пацієнтів. Але тут немає певної системи контролю доступу до державно фінансованого медичного обслуговування, що, з одного боку, призводить до певного фінансового дефіциту охорони здоров'я, з іншого — обмежує ступінь охоплення населення медичним обслуговуванням. Крім того, інформація щодо якості і цін на існуючі послуги є недостатньою, що знижує конкурентний тиск на постачальників і гальмує підвищення якості надаваних послуг.

Системи охорони здоров'я країн четвертої групи про-

**Таблиця 2. Статистичні характеристики структури фінансування ОЗ за різних інституційних моделей ОЗ**

		Частка суспільних витрат у загальних витратах на ОЗ	Частка приватних витрат у загальних витратах на ОЗ	Частка коштів фондів соціального медичного страхування у загальному обсязі суспільних витрат на ОЗ	Частка коштів домогосподарств у загальному обсязі приватних витрат на ОЗ	Частка коштів фондів приватного медичного страхування у загальному обсязі приватних витрат на ОЗ
1	РРОЗ	68,6	29,0	67,0	73,7	20,6
2	ДРОЗ	74,0	25,1	48,8	84,84*	7,44
3	ДУОЗ	43,8	56,2	19,0	95,54	0,34
4	Україна	56,4	43,6	0,3	92,72,3	1,22,3

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

понують широкий вибір безкоштовних медичних послуг на усіх рівнях надання медичної допомоги — первинному, спеціалізованому та стаціонарному без будь-яких обмежень доступу. Проте надання медичних послуг приватними постачальниками є дуже обмеженим, оскільки вони не мають стимулів до збільшення обсягу своїх послуг через жорстке державне регулювання цін у сфері охорони здоров'я.

У п'ятій групі країн охорона здоров'я являє собою жорстко регульовану суспільну систему з чітким контролем доступу до державно фінансованого медичного обслуговування. Обсяг бюджетних коштів на охорону здоров'я регулюється державою, але в умовах високого економічного розвитку фінансового дефіциту не відчувається. У таких умовах вибір постачальників для пацієнтів є надзвичайно обмеженим.

Шоста група країн також представлена жорстко регульованими громадськими системами охорони здоров'я. Бюджетне обмеження тут є найжорсткішим, проте у порівнянні з попередньою групою пацієнти мають ширшу можливість вибору. Позабюджетні надходження в охорону здоров'я є дуже незначними, що сприяє швидшому розвитку приватного сектору надання медичних послуг.

У дану схему автором була додана ще одна група, яка об'єднує країни з державним забезпеченням функціонування охорони здоров'я в умовах відсутності страхової медицини. Це група країн, у яких державно фінансована охорона здоров'я досі зберігає жорстко централізовану організаційно-функціональну структуру часів тоталітаризму, що в умовах постійного бюджетного дефіциту і недосконалої нормативно-правових та організаційних механізмів децентралізації управління й економічної автономізації і приватизації закладів охорони здоров'я врешті призводить до обмеження доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. У межах даної групи виділені дві підгрупи, у першій з яких держава перебирає на себе значну частку відповідальності за функціонування охорони здоров'я і забезпечує принаймні базовий пакет медичних послуг. У другу підгрупу входять країни, охорона здоров'я в яких перебуває у стані колапсу, коли держава практично не контролює систему охорони здоров'я і не забезпечує населенню навіть базового пакету медичних послуг.

Для полегшення порівняння інституційних моделей ОЗ, визначення місця України у сучасному просторі інституційного устрою охорони здоров'я в Європі, а також для 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 фун-

кціонування ОЗ в умовах страхової медицини (далі група 1, або РРОЗ; n = 195), країни з переважанням державного регулювання функціонування ОЗ в умовах страхової медицини (далі група 2 або ДРОЗ; n = 390) та країни з державним управлінням<sup>1</sup> ОЗ в умовах відсутності страхової медицини (далі група 3 або ДУОЗ; n = 210). Дані для України представлені спостереженнями за період з

1995 по 2009 рр. Інституційна структура фінансування яскраво відбиває принципові відмінності різних європейських моделей функціонування систем охорони здоров'я (табл. 2).

У межах цих моделей Україну можна назвати типовим представником країн, в яких за відсутності обов'язкового соціального медичного страхування держава несе основну відповідальність за функціонування охорони здоров'я і забезпечує базовий пакет медичних послуг.

Розглядаючи стан фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД за різних інституційних моделей ОЗ (табл.3), слід зазначити, що статистично вірогідні відмінності зареєстровані переважно між групами країн, у яких існує або не існує страхова медицина.

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 унеможливорює 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 міцний позитивний зв'язок з показником демографічними старіння і негативний — з рівнем смертності населення похилого віку від віко-залежних хронічних хвороб (див. табл.1), цілком очевидно, що принциповий перегляд підготовки медичних кадрів у бік надання пріоритету підготовці лікарів загальної практики/ сімейної медицини та зосередження їх основного потенціалу на первинному рівні медичної допомоги є ключовими складовими контролю над пов'язаними з демографічним старінням захворюваністю і смертністю.

**ВИСНОВКИ**

Узагальнюючи сказане, слід зазначити, що сучасний європейський простір інституціонального устрою охорони здоров'я є неоднорідним і містить в собі моделі різної ефективності. Результати даного дослідження підтвердили виснов-

<sup>1</sup> 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.



**Таблиця 3. Статистичні характеристики фінансового, організаційного та кадрового забезпечення ПМСД, навантаження на первинну і вторинну ланки медичної допомоги та смертності від вікозалежних хвороб у похилому віці за різних інституційних моделей ОЗ в Європі у 2005—2009 рр.**

	ПРОЗ 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	231	144	93
Середньорічна кількість контактів з закладами ПМСД на 1 особу	7	6	4	10
Кількість осіб, які перебували у стаціонарах з приводу лікування вікозалежних хронічних хвороб, на 100000 населення	50554	3957	1976	47811
Кількість померлих у віці 65 років і старше від вікозалежних хронічних хвороб, на 100000 населення	4300	4772	5999	6944

ки міжнародних експертів про те, що основною причиною відмінностей у результативності охорони здоров'я в цілому і первинної медико-санітарної допомоги зокрема є різниця у загальному обсязі інвестицій у охорону здоров'я. Другою за важливістю причиною відмінностей є наявність або відсутність страхової медицини, що в умовах демографічного старіння не тільки визначає спроможність держави і суспільства забезпечити неплатоспроможним верствам населення доволі вагомий базовий пакет медичного обслуговування, але й сприяє широкому вибору постачальників медичних послуг.

Найефективнішою з точки зору фінансування, організації та кадрового забезпечення ПМСД в умовах демографічного старіння є модель ринкового регулювання охорони здоров'я, невід'ємною складовою якої є індивідуальна відповідальність за матеріальне і функціональне забезпечення здоров'я в старості. Модель держаного забезпечення функціонування охорони здоров'я за відсутності страхової медицини, яка наразі існує в Україні, в умовах постійного бюджетного дефіциту і недосконалості нормативно-правових та організаційних механізмів децентралізації управління й економічної автономізації і приватизації закладів охорони здоров'я, врешті, призводить до обмеження доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. У рамках цієї моделі первинна медико-санітарна допомога за відсутності страхової медицини й при вкрай низькому рівні загального фінансування не може виконувати завдання подолання кризи захворюваності на хронічні хвороби, що виникла у результаті старіння населення.

Таким чином, основними напрямками реформування первинної медичної допомоги у контексті демографічного старіння є: забезпечення реструктуризації фінансування цієї ланки медичної допомоги з активним використанням суспільних та приватних страхових фондів та залученням інших джерел фінансування; сприяння розширенню вибору провайдерів послуг ПМСД; перегляд 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 моделей ОЗ є деталізація підходів до оцінки їх ефективності та 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.

#### Література:

1. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: 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: 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: моногр. / Є.Є.Латишев. — К.: Сфера, 2005. — 176 с.

8. Рожкова І.В. Децентралізація управління охороною здоров'я на місцевому рівні: 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 / 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 / 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 / В.М. Лехан, В.В. Загородній, Д.М. Джафарова // Стратегічні напрямки охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера. — 2001. — С. 58—79.

12. Joumard I. Health Care Systems: Efficiency and Institutions Electronic resource / I. Joumard, C. Andre 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 01.09.2011 р.*