

УДК 614.2

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**В.П. Філіпішин**, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, начальник факультету підготовки військових лікарів Української військово-медичної академії**А.С. Котуза**, доктор медичних наук, професор, підполковник медичної служби, заступник начальника кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії**М.К. Хобзей**, доктор медичних наук, доцент, директор департаменту розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України

Резюме. На основі вивчення та детального аналізу існуючих методологій обрахунку вартості медичних послуг визначено головні відправні показники для проведення відповідних розрахунків та надано низку рекомендацій щодо удосконалення системи управління вітчизняними лікувально-профілактичними закладами.

Ключові слова: лікувально-профілактичний заклад, вартість послуг, методики.

Вступ. Де пролягає межа між адекватною платою за професійну діяльність медичного персоналу, послуги, надані лікувально-профілактичним закладом (ЛПЗ), та “здирицтвом” у разі необгрунтовано завищеної вартості медичних послуг, чи навпаки – в ситуаціях, коли коштів, які отримує медичний заклад, недостатньо для компенсації витрат. На думку експертів, правильне визначення вартості медичних послуг дозволить реально оцінити їх обсяги, забезпечені наявним фінансуванням, та, в свою чергу, вірно визначити, чи компенсуватиме пропонуваною замовником (державою, суспільними організаціями, підприємствами різних форм власності, страховими компаніями тощо) ціна фактично видатки ЛПЗ. Стане легше формувати рахунки за надані медичні послуги страховим компаніям та іншим платникам. Окрім того, можна припустити, що в майбутньому також набуде широкого розповсюдження практика розрахунків між закладами охорони здоров'я, коли деякі лікувально-діагностичні послуги будуть надаватись силами та засобами не “основного” ЛПЗ, до якого був госпіталізований хворий, а інших медичних закладів – “субпідрядників”.

Мета. Метою статті було визначення методологічних підходів у дослідженні вартості надання медичних послуг в лікувально-профілактичних закладах Міністерства оборони

України і встановлення економічної ефективності при наданні платних послуг.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами статті виступали існуюча нормативно-правова база щодо визначення медико-економічної ефективності системи охорони здоров'я та існуючі методології обрахунку вартості медичних послуг. Методами дослідження виступали: системний підхід, історичний, логічний.

Результати дослідження та їх обговорення. Основними загальними принципами визначення вартості медичних послуг є: визначення складових собівартості медичної послуги – вираженої у грошовій формі вартості поточних витрат ЛПЗ, пов'язаних з наданням лікувально-діагностичних, профілактичних, оздоровчих, реабілітаційних та інших видів медичних послуг. В основу розрахунку собівартості медичної послуги має бути покладено розрахунок собівартості медичної процедури, витрат на стаціонарне лікування окремих нозологічних одиниць (як варіант – за принципом діагностично споріднених груп, сумарних витрат підрозділів ЛПЗ та загальних затрат усього медичного закладу). Під медичною процедурою слід розуміти технологічно та організаційно відокремлену частину лікувального процесу, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників на одному робочому місці при

незмінному складі засобів праці. З економічної та адміністративної точки зору медична процедура є основною одиницею обліку, планування, нормування витрат та основним елементом формування технологічної системи діагностики та лікування. Собівартість витрат медичного підрозділу складають його поточні витрати за весь обсяг медичних процедур, які виконуються його співробітниками за певний звітний період. Собівартість витрат ЛПЗ – сумарні поточні витрати медичної установи за всі медичні послуги, які надаються в усіх підрозділах закладу за певний період.

Чіткий розподіл затрат на прямі (основні) та непрямі (накладні), змінні та умовно-постійні, поточні та одноразові. До перших відносять витрати, безпосередньо пов'язані з наданням медичної послуги (процедури) – вартість лікарських засобів, харчування хворих, вартість основних та допоміжних матеріалів (шприців, систем для інфузій, катетерів, зондів тощо), заробітна плата персоналу, залученого до виконання медичної процедури. Ці витрати можуть бути безпосередньо закладені у собівартість медичної послуги. Непрямі – витрати, які неможливо чітко віднести до вартості конкретного випадку надання медичної допомоги: утримання та експлуатація обладнання, у т.ч. немедичного призначення, адміністративні, загальновиробничі та загальногосподарські витрати.

До змінних витрат відносять ті, абсолютна величина яких зростає пропорційно збільшенню обсягу наданих медичних послуг – закупівлі лікарських засобів, реактивів, виробів медичного призначення, медичної техніки та обладнання, а також заробітної плати медичних працівників (якщо вона буде залежати безпосередньо від виконаних ними медичних процедур), плати за електроенергію тощо. Витрати, абсолютна величина яких, як правило, суттєво не залежить від обсягів “продукції”, виготовленої ЛПЗ – лікувально-діагностичних та профілактичних послуг – вважають умовно-постійними. До них можна віднести витрати, пов'язані з адмініструванням та управлінням процесу “виготовлення” та надання медичних послуг – заробітна плата менеджерів та адміністраторів

ЛПЗ, немедичного персоналу тощо. Поточні – це витрати, періодичність обігу яких менше одного місяця. Одноразовими є витрати, які здійснюються періодично (періодичність обігу більше місяця) і спрямовуються на забезпечення визначених видів діяльності ЛПЗ.

В свою чергу є доцільним розподіл непрямих (накладних) видатків між підрозділами, безпосередньо залученими до надання медичних послуг, та удосконалення системи включення вартості прямих видатків до кінцевої вартості медичних послуг.

Для вирішення першого питання доцільно використати наступні методи розподілу непрямих (накладних) затрат: групування, пропорційний, ступінчатий (покроковий метод), та взаємний розподіл (реципрокний, багатосторонній метод, метод лімітних рівнянь).

Суть методу групування полягає у тому, що непрямі затрати усіх підрозділів ЛПЗ підсумовують та розподіляють між відділеннями, що надають медичні послуги. Це має полегшити процедуру формування їх кінцевої вартості. Дана методика характеризується простотою, але деякою неточністю, оскільки не враховує, що різні допоміжні відділення можуть надавати свої послуги клінічним відділенням у різній пропорції, тому вартість “продукції” останніх може бути необґрунтовано завищена або навпаки – занижена. Тому метод групування рекомендується застосовувати лише для оцінки процесу виробництва однорідного “товару або послуги”, наприклад, у спеціалізованих клініках.

Метод пропорційного розподілу дозволяє накладні затрати всього ЛПЗ одразу віднести на видатки відділень, що надають медичні послуги, згідно із визначеними критеріями. Наприклад, адміністративні видатки – по чисельності штату клінічного чи лабораторного підрозділу ЛПЗ, вартість прання білизни – за чисельністю (вагою) комплектів для кожного відділення, послуги з ремонту техніки медичного чи немедичного призначення – за кількістю одиниць такої техніки в кожному відділенні тощо.

Згідно методу ступінчатого розподілу розмежування непрямих видатків відбувається

безпосередньо між підрозділами ЛПЗ, які забезпечують функціонування один одного. Іншими словами, різні відділення медичного закладу “виставляють один одному рахунки за надані послуги”. Їх загальна сума визначає сумарні непрямі витрати ЛПЗ. Дана методика є більш точною та “індивідуальною”, однак складнішою та незручною для загальних підрахунків – вимагає ведення та вивчення великої кількості документів.

Метод реципрокного (багатостороннього) розподілу, схожий на попередній, але дозволяє додатково враховувати послуги, які підрозділи ЛПЗ “надають самі собі”. Він більш точний, ніж попередні. Незважаючи на те, що цей метод більш “забюрократизований” та не дозволяє швидко підрахувати кінцеву вартість медичної послуги, дана методика може відігравати важливу роль при вирішенні питань про субконтрактування допоміжних структур (послуг, що надаються одним відділенням іншому). Останнє може стати характерним для вітчизняної системи охорони здоров'я, коли робота медичних закладів повністю відбудуватиметься за ринковими принципами. Здійснюючи вибір однієї з цих методик, ЛПЗ повинен враховувати інтереси, мету, специфіку та умови роботи конкретного медичного закладу. При цьому також необхідно зважати на те, що ціни на медичні послуги мають не тільки кількісну характеристику, вони можуть бути:

трансферними – для оцінки результатів їх діяльності та обсягу послуг, які надаються підрозділами ЛПЗ один одному;

фіксованими – для визначення обсягу бюджетного фінансування або компенсації витрат на медичну допомогу фондами обов'язкового медичного страхування (при прийнятті відповідного закону) відповідно до медичних стандартів (протоколів), якщо останні будуть запроваджені в вітчизняній системі охорони здоров'я;

регульованими – для визначення вартості високовартісних медичних послуг, перелік яких встановлено нормативними документами МОЗ України, та за якими встановлено рівень рентабельності;

вільні (договірні) – формуються залежно від кон'юнктури ринку медичних послуг для

розрахунків за надання медичних послуг, які можуть бути не передбачені протоколами (стандартами) медичної допомоги;

світові – середні значення цін, встановлених у різних країнах – учасниках світового ринку медичних послуг.

Вартість медичної послуги повинна залежати не тільки від фактичних затрат, але й додатково включати вартість ризиків виробництва. Так, у розвинених країнах у вартість медичних послуг включені внески ЛПЗ за страхування своєї виробничої та підприємницької діяльності.

Перед лікувальними закладами, що працюють за контрактними умовами на засадах розподілу функцій постачальника та надавача медичних послуг, постає необхідність обчислювати собівартість медичних послуг. Замовники послуг, як правило, бажають знати, які саме види послуг покриваються їхньою оплатою. Відповідно, постачальникам необхідно знати собівартість цих послуг для встановлення цін на них, а також для укладання контрактів. Необхідність обчислення витрат обумовлюється також різними адміністративними потребами відділень ЛПЗ.

Бухгалтерський облік (фінансовий облік) забезпечує інформаційне підґрунтя для здійснення обліку витрат (оперативного/управлінського обліку), але не може його замінити. Разом, бухгалтерський облік та облік витрат постачають дані, на основі яких розробляються показники господарської діяльності організації – ці показники покладено в основу оцінки господарської діяльності та процесу прийняття рішень. Бухгалтерський облік надає інформацію для різних служб поза організацією, до яких, зокрема, належать податкові служби; облік витрат, натомість, використовується лише для внутрішніх цілей організації.

Основна відмінність між бухгалтерським обліком та обліком витрат полягає в тому, що ведення бухгалтерії є обов'язковою вимогою до державних та приватних підприємств, яка передбачає необхідність складання щорічних фінансових звітів, а ведення обліку витрат не є законодавчо визначеною вимогою.

Бухгалтерська звітність показує стан справ загалом по організації, натомість, облік витрат зосереджується переважним чином на інформації про діяльність різних організаційних підрозділів, відділень. Бухгалтерська звітність ведеться у відповідності до загальноприйнятих принципів та за історично прийнятою схемою. Облік витрат у центр уваги ставить прогнозування очікуваних у майбутньому витрат та прибутків.

Відповідно, облік витрат у ЛПЗ має на меті реалізацію двох функцій. По-перше, забезпечення керівного складу адекватними даними, що сприяють прийняттю найбільш оптимальних рішень у процесі аналізу прибутковості ЛПЗ, при визначенні цін на товари чи послуги, проведення закупівель та врешті-решт, у процесі прийняття рішень стосовно того, які товари чи послуги виробляти та у якому обсязі. По-друге, облік витрат здійснює інформаційне забезпечення процесів планування, контролю та оцінки ефективності діяльності ЛПЗ, при чому ці процеси представлені довгостроковим та короткостроковим плануванням (бюджетуванням) та періодичним звітуванням для реалізації зворотного зв'язку та контролю.

Система обчислення витрат, як правило, передбачає здійснення обліку витрат у два етапи: акумулювання витрат та їх категоризація, наприклад, витрати на оплату праці, матеріали та послуги, накладні витрати, та подальший розподіл коштів на конкретну статтю витрат. Ці об'єкти можуть бути представлені центрами витрат/відділеннями, послугами, товарами та замовниками. Обчислення витрат по різних відділеннях називається обліком по центрах витрат та проводиться лише в адміністративних цілях. Друга група об'єктів нарахування вартості – це фактичні послуги та товари. Обчислення собівартості товарів та послуг базується на даних, отриманих в результаті обліку по центрах витрат. Необхідність в обчисленні собівартості товарів та послуг постає тоді, коли ЛПЗ починає продавати послуги замовникам, наприклад, страховим компаніям, що здійснюють медичне страхування, та пацієнтам. Таким чином, облік по центрах витрат має місце і в бюджетних організаціях, але

останнім навряд чи потрібне обчислення собівартості послуг, оскільки джерелом їх доходів є бюджет, а не ціни на послуги.

Щодо способу ведення обліку витрат різні відділення ЛПЗ розподіляються по трьох категоріях: до першої категорії відносять адміністративні служби та служби забезпечення, до другої – клінічні служби (клінічні лабораторії, інтенсивна терапія, операційні та аптеки), а до третьої – відділення ЛПЗ. Стаціонарні та амбулаторні клінічні відділення в системі обліку витрат ЛПЗ називаються кінцевими центрами витрат, оскільки вони безпосередньо виробляють послуги для клієнтів, які представляють зовнішнього замовника. Служби забезпечення називаються вихідними чи посередницькими центрами витрат, оскільки вони виробляють послуги переважним чином для кінцевих центрів витрат.

Існує два основних підходи до обчислення собівартості. Перший має назву калькуляція прямих витрат. При цьому підході непрямі витрати не розподіляються по об'єктах нарахування вартості. Цей метод доцільно застосовувати у ситуаціях, де більшість витрат є прямими, що сьогодні трапляється дуже рідко. Таким чином, незважаючи на відносну простоту цього методу, калькуляція прямих витрат виробництва загалом є застарілою. Другий підхід називається методом калькуляції непрямих витрат. Цей метод вимагає двоетапної процедури розподілу витрат. На першому етапі накладні витрати розподіляються з вихідними центрами витрат. На другому етапі, накладні витрати центру витрат розподіляються по об'єктах нарахування вартості (наприклад, товарах чи послугах), через використання баз розподілу/рушіїв витрат, характерних для другого етапу. Застосування двоетапної процедури розподілу витрат передбачає реалізацію чотирьох кроків. Перший крок полягає у розподілі всіх накладних витрат по кінцевих виробничих та сервісних центрах витрат, другий крок передбачає перерозподіл витрат, що раніше були розподілені по сервісних центрах витрат, на кінцеві виробничі центри витрат, третій крок – обчислення окремих коефіцієнтів накладних витрат для кожного

виробничого центру витрат та, врешті-решт, розподіл накладних витрат центру витрат на товари, чи інші встановлені об'єкти нарахування вартості.

Цілком очевидно, що для обчислення собівартості будь-яких медичних послуг, перш за все, необхідно визначити що є медичною послугою. Медичною послугою може вважатись будь-який вид діяльності, спрямованої на підтримку життєвих функцій пацієнта, отримання знань про стан здоров'я пацієнта та його поліпшення. Прикладів таких послуг багато: обстеження, лікування, операції, аналізи, призначення медикаментозного лікування та послуги стаціонарного догляду пацієнтів. Вилікований пацієнт (чи вирішена медична проблема) може вважатись "кінцевим результатом виробництва" в лікарнях та становить основу для контролю витрат, в той час, коли продукти виробництва (ліжко-дні, лабораторні дослідження чи операції) є лише проміжними складовими кінцевої послуги.

Якщо нам необхідно отримати адекватні дані по вартості лікування окремо взятої особи, необхідно здійснити реєстрацію всіх послуг, безпосередньо наданих пацієнту, на кожному етапі лікування – від першого візиту до лікарні до моменту виписки. Також необхідно чітко визначити проміжні стадії лікування з метою чіткого розуміння справжніх джерел лікарняних витрат. Однак, у практичних цілях, послуги можна класифікувати більш широко, відповідно конкретної медичної проблеми та відповідного лікування. За такого підходу замість обчислення витрат на окремого пацієнта, використовуються класифікатори видів лікування/груп пацієнтів. Сьогодні найбільш відомою класифікаційною системою є клініко-статистичні групи (КСГ або DRG), яка широко використовується в управлінні медичними закладами та як основа для відшкодування вартості медичних послуг у лікарнях США та Європи.

Отже, ми отримуємо два підходи до обчислення собівартості медичних послуг. Перший можна визначити як "знизу-догори", чи мікрометод обчислення собівартості, який полягає у калькуляції витрат на всі окремі послуги та використання цих послуг окремими пацієнтами. Реалізація такого

підходу здебільшого забезпечується комп'ютеризованими інформаційними системами, які збирають всі дані по використанню лікарняних послуг окремо взятим пацієнтом. Необхідні дані включають, зокрема, перелік послуг, наданих в операційних, лабораторіях, лікарняних палатах, послуги пральні, кухні, тощо. Така модель обчислення собівартості передбачає наявність конкретних даних по витратах, крім того, її запровадження потребує відносно великих коштів, оскільки необхідно забезпечити значний обсяг даних та інформації.

Другий підхід можна визначити як "моделювання витрат". На відміну від мікрометоду обчислення собівартості, метод моделювання витрат не вимагає збору додаткових даних щодо використання медичних послуг окремими пацієнтами (такою є практика більшості лікарень України). Такий підхід можна описати як "згори-донизу": при його застосування загальні витрати, пов'язані з функціонуванням ЛПЗ, спочатку, замість розподілу по окремих пацієнтах, розподіляються по клінічних центрах витрат (наприклад, по хірургічних чи гінекологічних відділеннях), а потім – по категоріях послуг (наприклад, згідно клініко-статистичним групам (DRG) із використанням ряду показників та індексів діяльності та даних по витратах зі статистичних звітів ЛПЗ). Таким чином моделюються відношення між витратами, видами діяльності та категоріями послуг. Це значить, що для калькуляції собівартості послуги необхідно зробити ряд узагальнених висновків про характер таких відношень.

При застосування підходу "згори-донизу" контроль та моніторинг витрат охорони здоров'я реалізується через стандартну систему калькуляції витрат. Стандартний підхід до собівартості розробляє очікувану собівартість медичної послуги на даному (бажаному, планованому) рівні якості медичної допомоги та у певному обсязі її надання. Після розробки нормативних витрат ми можемо порівнювати фактичні загальні витрати закладу та нормативні витрати на комплексний випадок. Отримана різниця має назву відхилення і може бути використана для оцінки ефективності

діяльності ЛПЗ. Три необхідні складові типового процесу калькуляції нормативних витрат: категорії послуг, що становлять основу для ідентифікації (подібні до DRG), необхідні для надання послуги ресурси (що визначаються згідно медичних стандартів) та визначення вартості цих ресурсів.

Нормативні витрати (одиниці відносно вартості) визначаються шляхом оцінки інтенсивності медичної допомоги. Існують системи вимірювання робочого навантаження в рамках яких розробляються, зокрема, коефіцієнти витрат та вартість одиниці продукції для кожної окремої послуги. В основу таких розробок може бути покладено, наприклад, дослідження середніх витрат часу на надання послуги. Вартість одиниці продукції може бути представлена середньою кількістю корисних хвилин технічного, організаційного та невикористаного робочого часу для реалізації визначеної послуги. Коли у якості детермінанта витрат використовується час, ми підходимо до калькуляції собівартості на основі почасової ставки: загальні витрати діляться на кількість годин чи хвилин для отримання середньої вартості одиниці часу. Помножуючи отриману середню вартість одиниці часу на кількість одиниць часу, необхідних для реалізації відповідної послуги, ми отримуємо вартість цієї послуги.

На практиці методики, що розробляються для обчислення собівартості медичних послуг, часто поєднують елементи як мікрометоду обчислення собівартості, так і моделі “згоридонизу”. Однак, жодна з наведених моделей не представляє “справжніх” витрат на лікування пацієнтів кожної групи. Метою моделі “згоридонизу” є підрахунок прогнозованих середніх витрат на послуги в рамках послідовного систематичного підходу. Таким чином забезпечується можливість порівняння результатів діяльності різних установ, а також, можливість використання отриманих результатів в управлінні та в процесі відшкодування витрат. В кожній моделі обчислення собівартості має бути чітко визначено, які статті витрат (собівартості)

включаються до розрахунків, а які не беруться до уваги. Більше того, нам необхідно знати, яким чином розподіляти кошти, що не витрачаються безпосередньо на догляд за пацієнтом, і яким чином витрати спільного виробництва мають розподілятися по різним продуктам.

На щастя, точність розрахунку витрат не відіграє вирішальної ролі в процесах управління, де важливішим є визначити з достатньою точністю обсяг допомоги. При точному визначенні обсягів необхідної допомоги, лише у випадку суттєво помилкової оцінки вартості, остання може зашкодити адміністративним рішенням. Оскільки від адміністраторів лікарень загалом вимагають точного визначення обсягів допомоги, навряд чи вони витратять багато власного часу на суперечки стосовно незначних коливань ціни одиниці продукції, натомість, вони прагнутимуть якомога ефективніше та доцільніше використовувати наявний обсяг ресурсів.

Однак, у випадку неточного виміру обсягів допомоги, менеджери ЛПЗ можуть навіть бути покарані за некоректні розрахунки кількості послуг, що мають бути надані різними клінічними відділеннями. У такому випадку, використання неадекватних кількісних показників прокує неспроможність стимулювати ефективне функціонування закладу. Отже, розподіл витрат по клінічних відділеннях можна здійснити лише за наявності коректних кількісних розрахунків обсягів допомоги. На щастя, більшість кількісних розрахунків у ЛПЗ проводяться із урахуванням кількості пролікованих пацієнтів, при чому сучасні інформаційні технології значно сприяють, реєстрації даних.

Висновки

Враховуючи вищевикладене можна надати низку рекомендацій щодо удосконалення системи управління вітчизняними ЛПЗ. Так, основними завданнями менеджменту ЛПЗ в нових ринкових умовах роботи повинні бути: постійний курс на розвиток закладу; вчасне реагування на зміни ринку надання медичних

послуг, нормативно-правової бази, економічної ситуації в державі; пріоритетність фінансової вигоди ЛПЗ; ефективне та раціональне використання сил та засобів медичного закладу; адекватна оцінка роботи медичного персоналу та створення передумов їх фінансової зацікавленості в результатах праці. На нашу думку, реформування системи фінансування ЛПЗ не можливе без запровадження нових підходів до бухгалтерського обліку, які визначають, насамперед, спеціалізація ЛПЗ та форма її власності. Бухгалтерські звіти підрозділів ЛПЗ мають бути складені за результатами діяльності кожного з відділень. В них має бути включено не тільки вартість надання лікувально-діагностичних та профілактичних послуг населенню клінічними відділеннями ЛПЗ, а й витрати на забезпечення “внутрішніх” потреб

установи. Останнє переважно стосується підрозділів, які забезпечують нормальний стан матеріально-технічної бази ЛПЗ та “технічний” бік її функціонування. На основі офіційних звітних фінансових документів доцільно розробити форми бухгалтерських звітів для внутрішнього користування, зміст яких був би викладений у зрозумілій для менеджерів та лікарського складу ЛПЗ формі. Врахування цих двох аспектів може позитивно відобразитись на стані внутрішньої фінансової дисципліни медичного закладу. Управлінський склад ЛПЗ повинен визначитися з видом медичних послуг, які буде “виготовляти” їх заклад, обрати оптимальну методику “виробництва”, визначити нішу на ринку надання медичних послуг – на кого розрахований “товар”, спрогнозувати приблизну вартість медичних послуг та можливу її динаміку.

Література

1. Ермаков С.П., Вохлонен Н., Пестун Л.М. Новые возможности совершенствования управления в здравоохранении: финансовый микроанализ// Профил. Заболев. и укрепл. Здоровья.- 2000.- №3.- С.10-18
2. Ковнацький В.М., Шевченко О.М.Ціноутворення медичної допомоги і вартість здоров'я як національного продукту держави.- Український медичний часопис, № 3.- С.77-79.
3. Манукян Л.М., Вишняков В.Т. Економічна ефективність використання медичного устаткування. – Економіка охорони здоров'я, №8-9-1997-С.30-31.
4. Погребна Л.І., Чихачова І.М., Жижкевич Р.А. Методика розрахунку цін на платні послуги в лікувально-профілактичному закладі // методичні рекомендації, Київ,- 2009.- 25 с.
- 5 Фролов Е.А., Демьяненко Е.С. Економічна оцінка ефективності лікування в закладах охорони здоров'я // Економіка. Фінанси. Право. – 2005. – № 8. – С. 34-36.
6. Jenifer L. Ehreth Оцінка фінансової діяльності лікувального заснування для проведення аналізу економічної політики. – Економіка охорони здоров'я, №4-1996-С.35-41.

Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Трінька І.С.