

О.В.Портна,

Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна,
м. Харків

ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПІДґРУНТЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті розглянуто різні моделі аналізу діяльності охорони здоров'я, обґрунтовано доцільність оцінки якості надання медичної допомоги у вартісному виразі та запропоновано державне фінансування медичних закладів відповідно до інтегральної сертифікаційної оцінки якості та ефективності їх роботи.

The author of the article was studying various models of analysis of the health care functioning. Explained the expediency of medical service quality in value of money and proposed the state financing of medical institutions according to integral certificate evaluation of the quality and effectiveness of their work.

Здоров'я – найважливіший елемент національного багатства і необхідна умова процвітання та прогресивного розвитку будь-якої нації.

Зараз в Україні одним з основних завдань підвищення ефективності діяльності галузі охорони здоров'я є забезпечення якісною медичною допомогою всіх громадян. Вирішення цього завдання вимагає розробки механізму фінансування та контролю, побудованому на комплексній оцінці діяльності всієї системи охорони здоров'я взагалі і кожного закладу охорони здоров'я зокрема. Удосконалення схем розподілу фінансових ресурсів всередині галузі має спиратись на вироблені, узгоджені та загальноприйняті критерії діяльності медичних закладів. Оцінюючи складні умови діяльності галузі охорони здоров'я, що охоплюють як соціальну сферу загалом, так і суспільні відносини (стосунки між закладами охорони здоров'я різних форм власності, конкуренція ринків, ставлення лікарів до пацієнтів, задоволення споживачів, споживацькі переваги населення, суспільні сподівання, стереотипи поведінки тощо), необхідне масштабне державне втручання в організацію медичної допомоги всіх форм власності та джерел фінансування. За допомогою всього цього можна вирішити ключові питання організації медичної допомоги, а саме питання, яке забезпечує відтворення та ефективність діяльності даної сфери, про оптимізацію механізмів фінансового забезпечення та контролю якості використання коштів.

Світова наука розробила та запропонувала використовувати різні моделі для аналізу систем охорони здоров'я. Однією з таких моделей є порівняльний аналіз діяльності систем охорони здоров'я [13]. Ця модель, застосовуючи певні показники, узагальнює

комплексну структуру, класифікує національні системи охорони здоров'я і використовує їх для проведення порівняльного аналізу. Але ця модель не містить комплексного аналізу причин різного функціонування систем охорони здоров'я в окремих країнах, реальних пропозицій щодо того, якою повинна бути державна політика для покращення діяльності системи, враховуючи рівень розвитку країни, ментальність, суспільні потреби та міжнародні норми і стандарти.

Ще одна модель пропонує описувати і порівнювати національні системи охорони здоров'я різних країн світу. Вона пропонує визначати системи охорони здоров'я через кількісні показники ресурсів (кількості медичних працівників, лікарняних ліжок, а також особливостей урядових програм разом із такими показниками результативності, як захворюваність, смертність та середня тривалість життя). Модель містить багато кількісних, описових складових діяльності систем охорони здоров'я окремих країн. Але і ця модель не дає чіткі висновки та рекомендації щодо того, як перетворити систему під політичні, економічні, демографічні та інші процеси, що впливають на діяльність охорони здоров'я, як виробити суспільно необхідні й обґрунтовані критерії для оцінки та розв'язання поточних проблем або перспективних [15].

Третя модель аналізу системи охорони здоров'я фокусується на джерелах фінансових ресурсів. На початку 90-х J.Hurst проаналізував системи охорони здоров'я відповідно до надходження фінансових ресурсів і форм оплати медичних послуг між медичними закладами й групами населення. Він зосереджується на тому, що система охорони здоров'я – це закрита система, в котрій обсяг наданих медичних послуг відповідає фінансовим надходженням. Сучасне використання такої моделі у формі Національних рахунків охорони здоров'я дає можливість більш складно аналізувати і додатково характеризувати рух потоків коштів від джерел фінансування через посередників до виробників чи надавачів медичної допомоги. Але найбільшим проблемним питанням щодо вказаних моделей є надання значної уваги описові діяльності та недостатній аналіз роз'яснення результатів та вироблення пропозицій [14].

Дослідники проблем охорони здоров'я професор Р.В.Богатирьова [2], академік АМН України Л.А.Пиріг [7] і професор

В.М.Пономаренко [8] неодноразово визначали, що охорона здоров'я України сьогодні не відповідає сучасним вимогам насамперед через недостатність фінансування галузі.

Забезпечення населення України якісною медичною допомогою та підвищення її ефективності є одним із головних напрямків перетворень у вітчизняній системі охорони здоров'я [1; 5; 9]. Як визначає Європейське бюро ВООЗ, "якісною вважається медична допомога, яка відповідає стандартам медичних технології і обсягів за відсутності ускладнень, що виникли внаслідок лікування..." [1, с. 6].

Дослідженню питань якості медичної допомоги присвячено низку монографій та наукових статей вітчизняних учених, серед яких варто виділити праці В.Бідного [1], І.Демидової [4], А.Степаненка [12], А.Голика, Я. Радиша та Д.Гак [3; 9] і багато інших.

У підручнику "Соціальна медицина та організація охорони здоров'я" під якістю медичної допомоги трактується її відповідність проблемам пацієнта з використанням сучасних надбань медичної науки та практики й ефективне використання наявних ресурсів [11]. Також цю проблему досліджували А.Нагорна, А.Степаненко та А.Морозов у своїй монографії "Проблема якості в охороні здоров'я" [6].

На II науково-практичній конференції "Охорона здоров'я: Україна і світ", у травні 1999 р. Р.В.Богатирьова відзначила, що фінансово-економічний стан галузі характеризується нераціональним використанням недостатнього наявного Державного бюджету та диспропорціями у фінансуванні рівнів медичної допомоги; недоврахованням та відсутністю механізмів забезпечення оптимального використання на охорону здоров'я загальних видатків (в Україні позабюджетні надходження не розвинені та суттєво занижуються в обліку); відсутністю економічних стимулів для реформування державного сектора; застарілими технологіями профілактики, діагностики і лікування; занепадом основних фондів [2].

За десять років у сфері охорони здоров'я нічого не змінилося. Ті самі проблеми, які визначила Р.В.Богатирьова, актуальні і зараз. Також за минулі роки в Україні реальне поліпшення якості надання медичної допомоги так і не досягнуте. Продовжує виявлятися низька кваліфікація значної частини медпрацівників,

росте соціальна незахищеність хворих, розпилюються фінансові ресурси. Принциповими є питання про відповідальність за стан здоров'я людей, тривалість життя, захворюваність, інвалідність та смертність населення.

Однією з найбільших проблем, що існують у системі охорони здоров'я, є її низька якість при фактично безправному становищі хворої людини. Відсутність реального вибору хворим лікаря і медичної установи збережена для більшості пацієнтів. До того ж не передбачаються гарантії в медичному обслуговуванні, відшкодування збитку хворим у разі спричинення шкоди їх здоров'ю при лікуванні. Відсутня комплексна оцінка підсумків роботи закладів охорони здоров'я та лікарів.

Враховуючи вищеперелічене, треба створити передумови для посилювання поєднання економічних та соціальних інтересів держави, закладів охорони здоров'я, лікарів за допомогою адміністративного і фінансового контролю за якістю надання медичних послуг.

Наукове обґрунтування та розробка теоретико-методологічних питань фінансування охорони здоров'я у відповідності до оцінки якості надання медичної допомоги та ефективності функціонування медичних закладів.

Аналізуючи проблеми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні можна встановити, що економічними та правовими засадами, які створюють умови його функціонування і забезпечують продуктивну діяльність, є визначення конкретних, оптимальних, ефективних механізмів фінансування галузі та юридичне закріплення принципів і норм діяльності системи охорони здоров'я.

Таким чином, головними серед організаційно-правових та економічних факторів, що сприятимуть оптимізації діяльності охорони здоров'я в Україні, є: розроблення і впровадження механізмів стимулювання забезпечення й контролю якості та надійності медичної допомоги; визначення конкретних механізмів і джерел фінансування галузі взагалі та кожного медичного закладу зокрема; юридичного закріплення на державному рівні принципів ефективної діяльності системи охорони здоров'я.

Оскільки здоров'я виступає головним життєвим благом, то його оцінка повинна мати коректний характер, бути прилюдною і істотно впливати на відношення людей до держави, закладів

охорони здоров'я, політичних і суспільних організацій, органів влади.

Реально оцінюючи можливості медицини в профілактиці, діагностиці і лікуванні людей, а також спираючись на позицію Всесвітньої організації охорони здоров'я, вважаємо, що головною турботою і кінцевим результатом в оцінці діяльності медичних установ має стати відповідність якості профілактики, діагностики і лікування діючим міжнародним стандартам. При цьому охорона здоров'я лише частково відповідальна за здоров'я людей, збереження якого вимагає інтеграційних зусиль.

Оцінка якості медичної допомоги повинна мати соціально-економічний характер, бути незалежною і ґрунтуватися на відповідних критеріях і показниках при їх динамічному розвитку. Для оцінки стану охорони здоров'я пропонуються такі методологічні критерії [10].

I. Доступність медичної допомоги. Доступність – це категорія можливості, яка повинна бути обумовлена альтернативними організаційними формами перетворення медичної допомоги в дійсність (безкоштовними, платними, обмежено платними і страховими). У сучасних умовах медична допомога може вважатися доступною, якщо вона надана [10]:

а) з суспільно необхідною втратою робочого і вільного часу хворого;

б) на достатньо кваліфікованому рівні (відповідно до медичного стандарту);

в) при задоволеності хворого контактом з медичним персоналом установи.

II. Надійність медичної допомоги. Надійність є універсальним критерієм оцінки стійкості стану (якості) функціонування будь-яких керованих процесів. Даний критерій може бути реалізований через сертифікацію всіх без винятку медичних установ, а також медичних робітників.

Критерій надійності повинен бути загальнозживаним, комплексним, сприяти підвищенню ефективності діяльності медичних закладів та працюючих в них лікарів, оптимізації витрачання коштів, які надходять з різних джерел при багатоканальному фінансуванні, розраховуватися взагалі по закладу охорони здоров'я, окремо по кожному джерелу, і окремо по медичних закладах всіх форм власності та підпорядкування.

Впровадження критерію надійності дасть змогу проаналізувати діяльність всіх закладів охорони здоров'я, з одного боку, як одержувачів ресурсів, з іншого – як надавачів медичної допомоги.

Спираючись на критерій надійності, можна сертифікувати діяльність закладів охорони здоров'я на основі розрахованих показників ефективної та якісної діяльності. Також сертифікації повинні підлягати лікарі, які працюють у медичних установах, що буде стимулювати їх професійну діяльність. Можливо, лікарські сертифікати сприятимуть запобіганню хабарництва та здирництва лікарів, тому що така інформація матиме рекламний характер, буде достовірною, якщо строго контролюватиметься органами влади, громадськими товариствами і страховими організаціями.

Фінансувати заклади охорони здоров'я пропонується у відповідності до сукупної й по окремих показниках сертифікаційної оцінки надійності діяльності всього закладу та лікарів. Так, медичні установи з високою оцінкою в сертифікаті повинні одержувати кошти першочергово і в достатньому обсязі, що дасть їм змогу розвиватися, удосконалювати технології профілактики, діагностики і лікування, поновлювати матеріально-технічну базу, стимулювати якісну працю лікарів.

Якщо розглядати сертифікацію як дозвіл на існування та гарантію фінансування, то медичні заклади, що отримали найнижчу оцінку надійності, не повинні надалі продовжувати свою діяльність і фінансуватися тому, що вони марно тратять кошти. Так само і лікарі, які отримали найнижчу оцінку надійності, не повинні надалі займатися професійною діяльністю.

Надійність роботи медичних закладів та лікарів може оцінюватися по легкодоступному набору статистичних даних – показників надійності. Ці показники можуть бути розраховані як у кількісному, так і у вартісному виразі.

1. За достовірністю клінічних досліджень по нозологічних рядах.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, фактично витрачених на клінічні дослідження по відповідному нозологічному ряду, до кількості досліджених пацієнтів. Отже, ми отримаємо фактичну вартість клінічного дослідження одного пацієнта. Потім фактичну вартість клінічного дослідження одного пацієнта множимо на кількість достовірних клінічних досліджень пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником достовірності клінічних досліджень по

визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення достовірних клінічних досліджень по визначеному нозологічному ряду до кількості проведених клінічних досліджень по цьому ряду. Це буде коефіцієнт достовірності клінічних досліджень по визначеному нозологічному ряду.

2. За допущеними діагностичними помилками по визначених нозологічних рядах.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на діагностику по відповідному нозологічному ряду, до кількості продіагностованих пацієнтів по цьому ряду. Отже, ми отримаємо фактичну вартість діагностики одного пацієнта. Потім фактичну вартість діагностики одного пацієнта множимо на кількість помилково продіагностованих пацієнтів. Отриману суму можна вважати ціною діагностичної помилки по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення помилково діагностованих по визначеному нозологічному ряду до достовірно діагностованих по цьому ряду. Це буде коефіцієнт діагностичної помилки по визначеному нозологічному ряду.

3. За вилікуваністю пацієнтів по нозологічних рядах.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по відповідному нозологічному ряду, до кількості вилікуваних пацієнтів. Отже, ми отримаємо фактичну вартість лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість лікування одного пацієнта множимо на кількість вилікуваних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності лікування пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення тих, хто звернувся по допомогу по визначеному нозологічному ряду, до вилікуваних по цьому ряду. Це буде коефіцієнт вилікуваності пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

4. За відновленістю лікування у встановлений термін по відповідному нозологічному ряду.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на відновлене лікування пацієнтів по відповідному нозологічному ряду, до кількості відновлено вилікуваних. Отже, ми отримаємо фактичну вартість відновленого

лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість відновленого лікування одного пацієнта множимо на кількість відновлено вилікуваних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності відновленості лікування пацієнтів по визначеному нозологічному ряду

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення відновлено вилікуваних по визначеному нозологічному ряду до пацієнтів, яких лікували по цьому ряду. Це буде коефіцієнт відновленості лікування пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

5. За стабільністю одужання.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по відповідному нозологічному ряду, до кількості стабільно одужуючих пацієнтів. Отже, ми отримаємо фактичну вартість стабільного одужання пацієнта. Потім фактичну вартість стабільного одужання одного пацієнта множимо на кількість стабільно одужалих пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності стабільного одужання пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення стабільно одужуючих по визначеному нозологічному ряду до кількості пацієнтів, яких лікували по цьому ряду. Це буде коефіцієнт стабільності одужання пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

6. За повторним зверненням.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на перше лікування пацієнтів, які повторно звернулись по допомогу, і суми коштів, витрачених на повторне лікування по відповідному нозологічному ряду, до кількості повторно вилікуваних пацієнтів. Отже, ми отримаємо фактичну вартість повторного лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість повторного лікування одного пацієнта множимо на кількість повторно вилікуваних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником повторного лікування пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення тих, хто звернувся повторно по допомогу по визначеному нозологічному ряду, до вилікуваних по першому зверненню по

цьому ряду. Це буде коефіцієнт повторного звернення по визначеному нозологічному ряду.

7. За летальними випадками лікування.

У вартісному виразі його можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по відповідному нозологічному ряду, до кількості пацієнтів, яких лікували. Отже, ми отримаємо фактичну вартість лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість лікування одного пацієнта множимо на кількість летальних випадків лікування. Отриману суму можна вважати фінансовим показником летальності лікування пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення летальних випадків лікування по визначеному нозологічному ряду до кількості тих, хто звернувся по допомогу по цьому ряду. Це буде коефіцієнт летальних випадків лікування по визначеному нозологічному ряду.

8. За якістю реабілітації.

За повної реабілітації вартісний показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на реабілітацію пацієнтів по відповідному нозологічному ряду, до кількості повністю реабілітованих пацієнтів. Отже, ми отримаємо фактичну вартість повної реабілітації одного пацієнта. Потім фактичну вартість реабілітації одного пацієнта множимо на кількість повністю реабілітованих. Отриману суму можна вважати фінансовим показником якості реабілітації пацієнтів по визначеному нозологічному ряду.

В кількісному виразі він може бути розрахований як відношення повністю реабілітованих по визначеному нозологічному ряду до кількості всіх, які повинні були бути реабілітованими по цьому ряду. Це буде коефіцієнт якості реабілітації по визначеному нозологічному ряду.

Всі розраховані фінансові показники надійності треба порівняти з плановими нормативними показниками для того, щоб встановити суму залишку чи перевитрачання коштів. На базі цього встановлюється коригуючий коефіцієнт, який можна застосовувати при плануванні фінансування на майбутній період.

III. Комплексність медичної допомоги. Даний критерій, виражаючи ступінь реалізації медичного стандарту, обумовлює проходження пацієнтом всіх фаз технологічного руху. Відставання

пропозиції від попиту за даним критерієм (наприклад, у ранній діагностиці або реабілітації) в охороні здоров'я тягне фінансову відповідальність перед надавачами коштів і хворими (порушення гарантій).

IV. Оперативність медичної допомоги. Оперативність припускає наявність таких економічних механізмів, які будуть здатні розширювати організаційні можливості надання медичної допомоги в суспільно необхідні (нормативні) терміни. Оцінка цих можливостей може бути позитивною, якщо пропозиція стійко перевищує попит, а стандарти і нормативи відповідають світовому рівню.

Важливо організаційно оформити розширення пропозиції по екстреному залученню будь-яких необхідних фахівців з провідних медичних установ, що може бути забезпечено різними способами, від непрямої присутності через телекомунікаційні системи до зацікавленого виїзду на місце застосування праці. Розв'язання проблеми оперативності медичної допомоги припускає конкуренцію медичних установ з різними формами господарювання і перехід до тріадичної системи відносин, коли між хворим і лікарем встануть посередники – наприклад, страхові установи.

V. Задоволеність медичною допомогою. Цей критерій необхідний внаслідок того, що медична допомога за своєю суттю – це послуга, що має споживчу вартість (корисність). У сучасному уявленні вона може бути визнана повноцінною, якщо задоволено такі соціальні потреби людини:

- у збереженні і відновленні здоров'я;
- у прийнятному рівні соціального обслуговування;
- у задоволеності пацієнта результатами лікування;
- у спілкуванні із значущими для хворого об'єктами (лікар, проліковані хворі, родичі і близькі);
- у вільному виборі лікаря.

Остання потреба, що задовольняється в медицині, є винятково важливою і має соціально-політичний характер.

Таким чином, виникає об'єктивна необхідність визначити державою соціально прийнятний і можливий мінімум безкоштовного задоволення всіх потреб. Також на державному рівні необхідно розробити граничні норми якості по всіх потребах та їх показниках.

До сертифікату медичних закладів і лікарів повинні включатись оцінки якості доступності, комплексності, оперативності й задоволеності медичною допомогою. Але оцінка цих критеріїв може здійснюватись на основі анкетування тих, хто звернувся по медичну допомогу.

Оцінка якості діяльності медичних закладів має проводитись по всіх запропонованих критеріях для визначення ефективності діяльності та раціонального витрачання коштів. Такий контроль повинен бути комплексним та охоплювати всі кошти, які надходять у заклади охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні. Після проведення аналізу по запропонованих критеріях, заклади охорони здоров'я отримують сертифікат якості та можуть фінансуватися державою відповідно до сукупного інтегрального показника якості та ефективності роботи.

В умовах трансформаційної економіки України для досягнення максимальної віддачі від використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я (з точки зору відтворення і збереження здоров'я населення) необхідне всебічне удосконалення фінансового забезпечення названих закладів. Це включає стратегію оптимізації розподілу та витрачання фінансових ресурсів, отриманих з різних джерел і впровадження інструментів фінансового управління та контролю діяльності закладів охорони здоров'я.

Отже, у статті обґрунтовано доцільність впровадження системи фінансових показників надійності в діяльність медичних закладів з метою контролю якості й оптимізації фінансування охорони здоров'я та запропоновано методику розрахунку фінансових показників надійності функціонування системи охорони здоров'я через систему показників якості діяльності.

Список використаних джерел:

1. Бідний В.Г. Наукове забезпечення формування якості медичної допомоги населенню Києва // Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва: Зб. наук.-практ. робіт. – К., 1997. – С. 6–7.
2. Богатирьова Р.В. Стан охорони здоров'я в Україні і шляхи подолання кризи: Виступ на II наук.-практ. конф. "Охорона здоров'я: Україна і світ" 28 жовт. 1999 р.
3. Голик Л., Радиш Я., Гак Д. Управління якістю медичної допомоги – складова державного управління охороною здоров'я // Вісн. УАДУ. – 2002. – № 1. – С. 152–160.
4. Демидова І.І. Управління якістю медичної допомоги за умов трансформаційного періоду // Політика і стратегія Української держави в галузі охорони здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. – Одеса: ОДМУ, 1999. – С. 161–165.
5. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки, затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 14 // Офіційний вісн. України. – 2002. – № 9. – С. 30–85.
6. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
7. Пиріг Л. Передмова // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За

заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – С. 5.

8. Пономаренко В.М. Основні напрями реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я в міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації" // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. за Міжнар. участі, (25-26 квітня 2002 року). – Одеса: ОРІДУ УАДУ, 2002. – С. 10-17.

9. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Передмова і заг. ред. Н.Р.Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.

10. Современная модель хозяйственного механизма в советском здравоохранении (проект альтернативной программы Ленинградской медицинской ассоциации). – Ленинград, 1990. – 63 с.

11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

12. Степаненко А. Якість надання медичної допомоги, як один із напрямків соціальної політики в Україні за принципами Всесвітньої організації охорони здоров'я // Суспільні реформи та становлення громадського суспільства в Україні: Матер. наук.-практ. конф. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – Т.2. – С. 276-280.

13. European Health Care Reforms Analysis of Current Strategies. Summary. - World Health Organisation: Regional Office for Europe. - Copenhagen, 1996.- 41 p.

14. Materials of Advanced Flagship Course on Poverty, Equity, and Health Systems, August 31-September 5, 2003, Budapest. – Washington D.C.: World Bank, 2003. – 160 p.

15. Romer M. Comparative National Policies on Health Care. – New York, NY: Marsel Dekker, 1997. – 547 p.