

А.А. Баранов^{1, 2}, В.Ю. Альбицкий¹, Р.Н. Терлецкая¹, Д.И. Зелинская¹

¹ Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению

Contacts:

Valeriy Al'bitskiy, Doctor of Medical Science, professor, Honoured Science Worker of the Russian Federation, head of the department of social pediatrics of the Scientific Center of Children Health

Address: Lomonosov Av., 2, build. 1, Moscow, 119991, Tel.: (495) 967-14-19, e-mail: albicky@nczd.ru

Article received: 11.03.2014, Accepted for publication: 25.04.2014

Дана характеристика многоуровневой системы медицинской помощи населению экономически развитых стран (профилактический, патронажный и госпитальный этап). Отмечены ее преимущества в повышении качества и доступности медицинских услуг. Представлена информация о первом опыте организации трехуровневой медицинской помощи населению в Российской Федерации. Обсуждаются особенности организации данной системы медицинской помощи для детей. Предложены первоочередные меры для внедрения трехуровневой системы оказания различных видов медицинской помощи в педиатрическую практику. Отмечается необходимость разработки четких понятий трехуровневой медицинской помощи: определение, что такое «трехуровневая система» и «трехуровневый подход», какой признак (территориальность, собственность, контингент, вид помощи, специализация помощи и т.д.) будет лежать в основе отнесения учреждения и/или вида помощи к тому или иному уровню. Представляется важным обозначить основные цели и задачи каждого уровня медицинской помощи. Только на основании этого базового подхода к внедрению трехуровневой организации медицинской помощи в субъектах Российской Федерации возможна реализация предстоящего этапа модернизации здравоохранения с учетом региональной специфики и наименьшими потерями как для населения, так и для медицинских работников.

Ключевые слова: детское население, трехуровневая медицинская помощь, амбулаторные центры, консультативно-диагностические центры, стационарная помощь.

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (2): 5–10)

В кругу специалистов растет понимание того, что сложившаяся система финансирования отрасли не позволит здравоохранению быть рентабельным, если сохранить привычный порядок предоставления медицинской помощи [1]. В этом контексте обсуждается более рациональный, по мнению авторов, путь решения проблемы, который заключается в модернизации

самого способа обслуживания пациентов, в т.ч. детей и подростков [2, 3]. Речь идет о создании т.н. многоуровневой системы оказания медицинской помощи, которая предполагает увеличение числа и объема услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также расчленение универсальной стационарной помощи по технологическому принципу [4].

А.А. Baranov^{1, 2}, V.Yu. Albitskiy¹, R.N. Terletskaia¹, D.I. Zelinskaya¹

¹ Scientific Centre of Children Health, Moscow, Russian Federation

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russian Federation

Multilevel System of Medical Care to Children's Population

The characteristic of multilevel system of medical care (preventive, patronage and hospital stages) to the population of economically developed countries is represented in this article. Its advantages in improvement of quality and availability of medical services are noted. Information on the first experience of the organization of three-level medical care to the population of the Russian Federation is shown. Characteristics of the organization of this system of medical care for children are discussed. First-priority measures for introduction of three-level system of different types of medical care in pediatric practice are offered. Need of development of accurate definitions of three-level medical care is noted: what «three-level system» and «three-level approach» are and what sign (territoriality, property, contingent, type of the help, help specialization, etc.) will be the reference of establishment and/or a type of the help to this or that level. It is important to designate main objectives and problems of each level of medical care. Only on the basis of this basic approach to introduction of the three-level organization of medical care in subjects of the Russian Federation realization of the forthcoming stage of modernization of health care taking into account regional specifics and smallest losses both for the population, and for medical workers is possible.

Key words: three-level medical care; out-patient centers; consulting and diagnostic centers; stationary help; children's population.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (2): 5–10)

Многоуровневая система медицинской помощи в экономически развитых странах — это способ обслуживания населения в общественном секторе здравоохранения с использованием технологически ранжированной на уровни и методологически распределенной на последовательные периоды стандартизированной схемы лечения пациентов [5–9]. Ее применение позволяет на каждом из этапов обеспечить необходимый объем медицинской, оздоровительной или реабилитационной помощи и при этом исключить использование лечебных ресурсов избыточного или недостаточного уровня [10–12].

В настоящее время уже принято решение о том, что в ближайшее десятилетие отечественное здравоохранение осуществит постепенный переход от устаревшей российской модели медицинского обслуживания (первичное, госпитальное) к трехуровневой системе медицинской помощи (Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации, утвержденная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 г.), используемой в экономически развитых странах [13–19]. Названная система представлена следующими уровнями: первичный, парегоспитальный (патронажный) и госпитальный.

Уровень первичной медицинской помощи (профилактический). Включает первичную, т. е. доврачебную и первую врачебную медицинскую помощь. Он создается для постоянного профилактического обслуживания преимущественно здоровых людей, в т. ч. детей и подростков, а также лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения. Основными функциями учреждений первого уровня являются:

- пропаганда здорового образа жизни, консультирование по всем вопросам, связанным с проблемами поддержания и улучшения здоровья семьи и ее членов;
- диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска, и хроническими больными;
- лечение легких форм острых заболеваний, нетяжелых обострений хронических заболеваний и функциональных отклонений у пациентов, нуждающихся в оздоровительной помощи, но не требующих регулярного активного патронажа.

Основой деятельности поликлиник и врачей общей практики в условиях трехуровневой модели здравоохранения является профилактическая, а не лечебная работа.

Уровень парегоспитальной медицинской помощи (патронажный). Создается для временного медицинского обслуживания впервые заболевших и лиц, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения. Основными функциями учреждений второго уровня являются:

- активный (с выездом к больному) разовый патронаж и оказание экстренной медицинской (первой врачебной) помощи, в т. ч. при необходимости в домашних условиях;
- краткосрочная госпитализация пациентов, нуждающихся в медицинской помощи, с целью коррекции неотложного состояния, дополнительного обследования и консультирования в условиях стационара интенсивного лечения;

- регулярный активный и пассивный (когда больной сам посещает специалиста-куратора) патронаж в режиме «стационара на дому» с целью оказания оздоровительной или реабилитационной помощи.

Патронажные бригады (специалисты) центра парегоспитальной медицинской помощи должны быть оснащены мобильным диагностическим оборудованием, операционным и перевязочным инвентарем. Это позволяет переводить пациентов в режим стационара на дому уже через 1–2 сут после операций и осуществлять все необходимые процедуры силами патронажных служб.

Уровень госпитальной медицинской помощи (стационарный). Создается для временного медицинского обслуживания впервые заболевших и лиц, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения. Используется в случаях, когда патофизиологические нарушения здоровья не могут быть преодолены использованием возможностей второго уровня. Основными функциями учреждений третьего уровня является оказание:

- медицинской помощи лицам, нуждающимся в контроле и коррекции жизненно важных функций организма;
- оздоровительной помощи (имеется в виду характерное для экономически развитых стран понимание оздоровительной помощи как системы мер по нормализации физиологического состояния организма) лицам, нуждающимся в круглосуточном наблюдении или использовании методов диагностики и лечения, требующих госпитализации;
- медико-социальной помощи лицам, нуждающимся в круглосуточном наблюдении.

Постепенный переход на трехуровневую схему работы отрасли потребует формирования новых и непривычных пока для наших медицинских работников учреждений и служб. Это позволит создать между поликлиникой и стационаром новую «парегоспитальную» систему текущего медицинского обслуживания населения, которая в наиболее простой и рациональной форме будет осуществлять ряд лечебных и патронажных функций для больных «средней сложности курации», которые в настоящее время недостаточно эффективно выполняют поликлиники и стационары. Приступив к работе и включившись в технологическую конкуренцию с учреждениями профилактического и госпитального уровня, подразделения медицинского патронажа существенно изменят наши привычные представления о функциях поликлиники и стационара, показаниях и сроках госпитализации. Они постепенно перераспределят на себя большую часть рабочего времени и персонала традиционной службы скорой помощи и стационара, станут основным звеном в оказании медицинской помощи в системе здравоохранения. Появление второго уровня будет способствовать развитию новой системы экономических и производственных отношений между лечебными учреждениями патронажного и госпитального типа. Это в конечном итоге должно привести к интенсификации лечебного и ослаблению патронажного и гостиничного компонента деятельности круглосуточных стационаров.

Что касается детских больниц, то они, по нашему мнению, еще многие годы будут осуществлять в основном

услуги, связанные с детальным (полным) обследованием пациентов, лечение в стационаре до полного выздоровления, т.е. с включением услуг медицинской реабилитации. В связи с этим должны получить широкое развитие гостиничные услуги для детей и семей из далеких, в т.ч. сельских, регионов, а также для пациентов, находящихся на лечении в специализированных, в т.ч. высокотехнологичных клиниках страны.

Включение в лечебный процесс подразделений второго уровня — отделений коррекции неотложных состояний — даст возможность существенно сократить объем, изменить задачи и порядок работы поликлиники и стационара. Работа патронажных бригад приведет к формированию «альтернативной экономики» и альтернативных технологий обслуживания пациентов, при которых учреждения профилактического и госпитального уровня уже будет сложно обосновывать и сохранять целый ряд традиционных функций. В стремлении больше заработать учреждения второго уровня уже не оставят без внимания как попытки неэффективного обследования и лечения врачами первого контакта случаев «парагоспитальной сложности», так и факты непрофильных госпитализаций или необоснованной задержки больных на дорогостоящей стационарной койке.

В этом случае поликлиника будет вынуждена все больше сосредоточивать усилия на диспансеризации, профилактике, пропаганде здорового образа жизни, индивидуальном консультировании, лечении легких простудных заболеваний и неглубоких функциональных отклонений у больных с хроническими заболеваниями, т.е. случаев, не требующих регулярного патронажа (второй уровень) или госпитализации (третий уровень).

Возможность раннего перевода пациентов под динамическое наблюдение патронажных служб позволит учреждениям стационарного типа ограничить сроки лечения лишь необходимостью контроля и коррекции жизненно важных функций организма [20, 21], что сделает госпитальную койку действительно высокотехнологичной и интенсивной. Функции традиционной скорой помощи также существенно упростятся и перераспределятся с непосредственного оказания медицинской помощи на дому в основном на контроль состояния пациентов во время их транспортировки в отделение коррекции неотложных состояний.

Подчеркнем, что представленные выше соображения относятся к теоретическим предположениям. В реальной ситуации реорганизация системы медицинской помощи населению происходит по весьма спорному сценарию. Сокращается коечный фонд медицинских организаций в основном муниципального уровня, параллельно подвергаются сокращению штатные расписания лечебных подразделений и растет штат управленческого аппарата, который не производит медицинских услуг. На этом фоне повсеместно увеличивается коечный фонд регионального уровня (краевые и областные больницы), поскольку именно туда передаются различные виды и объемы дорогостоящей стационарной помощи. Средние сроки стационарного лечения стремительно сокращаются. Однако дальнейшее сокращение коечного фонда муниципальных медицинских организаций чревато сниже-

нием доступности плановой и экстренной стационарной помощи населению. Процесс внедрения стационарзамещающих организационных технологий в амбулаторно-поликлинических учреждениях, который сопровождается перемещением различных видов и объемов стационарной помощи в амбулаторные условия, идет медленно. Это требует относительно небольших, но стабильных расходов на подготовку основных фондов муниципальных медицинских организаций для новых организационных технологий (отделения амбулаторной хирургии, дневные стационары, стационары на дому, отделения реабилитации и хосписы) и профилактические мероприятия (например, увеличение числа школ для больных с хронической патологией). Вместе с тем амбулаторно-поликлинические учреждения за последние годы понесли ощутимые кадровые потери, что резко тормозит достижение достаточного уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению [2].

Не вызывает сомнения, что для отрасли здравоохранения современной России необходима разработка оригинальных моделей первичной медико-социальной помощи и структурно-организационных стандартов медицинских учреждений для предоставления медико-социальных услуг жителям, особенно сельских и отдаленных северных муниципальных образований. Построение этих моделей должно базироваться как на исторически сложившихся особенностях территорий региона (модели расселения, транспортная инфраструктура, географическое и социально-экономическое положение и т.д.), так и на стратегических направлениях реформы отрасли здравоохранения, в т.ч. и совершенствовании технологических стандартов диагностики, лечения и реабилитации распространенных заболеваний.

Основными нормативно-правовыми актами, влияющими на функционирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, являются:

- ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации, утвержденная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 г.;
- методика определения нормативной потребности субъектов РФ в объектах социальной инфраструктуры, утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 11.09.2008 г. № 1313-р;
- Постановление Правительства РФ от 03.11.2012 г. «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

В частности, в Государственной программе развития здравоохранения РФ обсуждаются трехуровневые системы деятельности различных служб, например службы крови, санитарно-авиационной эвакуации, где учреждения отнесены к федеральному, межрегиональному или территориальному уровню. Или же понятие трехуровневой системы медицинской помощи используется применительно к отдельным контингентам (помощь женщинам во время беременности и родов — перинатальная

Рис. 1. Схема трехуровневой системы оказания медицинской помощи (учреждения) (Н.Я. Несветайло, 2013)

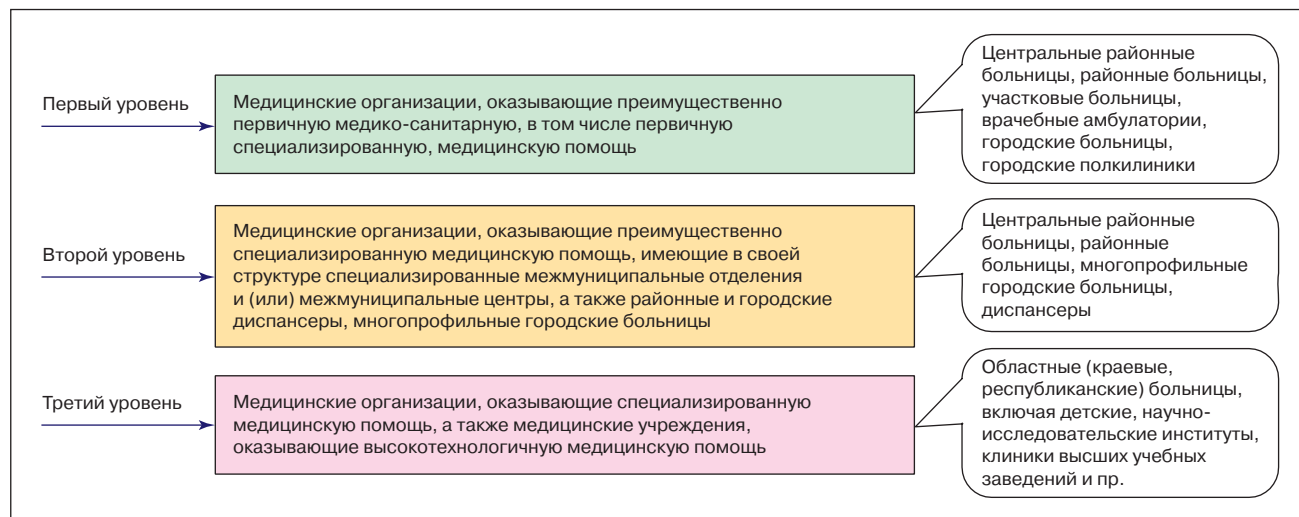
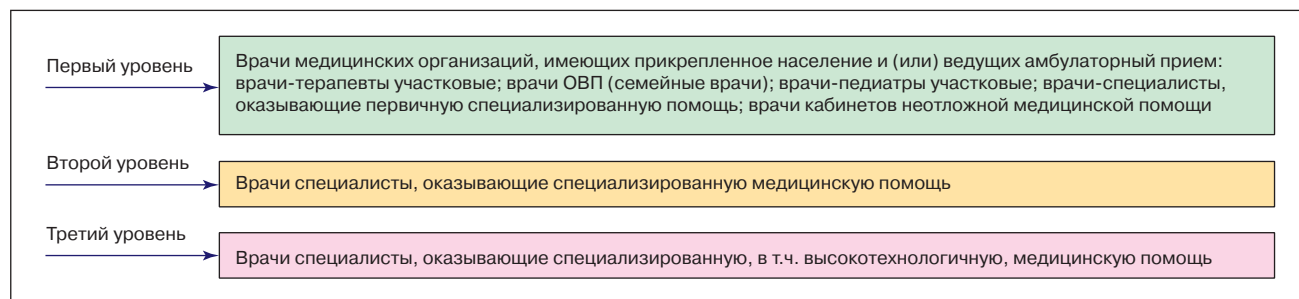


Рис. 2. Схема трехуровневой системы оказания медицинской помощи (кадры) (Н.Я. Несветайло, 2013)



помощь, профилактика кризисных состояний и медицинская помощь лицам с суицидальным поведением), или к специализированным видам помощи (неонатальная хирургия). Для достижения декларируемой «трехуровневости» предполагается формирование эффективной кадровой политики и использования ресурсов здравоохранения; создание адекватной системы обмена информацией. Интегральным критерием эффективности трехуровневой системы оказания медицинской помощи является смертность населения.

В докладах конференций ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения¹ трехуровневая система оказания медицинской помощи представлена как распределение медицинских учреждений и кадров (рис. 1, 2).

Появляется информация о мерах по переходу на трехуровневую систему оказания медицинской помощи в различных территориях РФ. Имеют место различные представления (мнения) по организации данной системы медицинской помощи населению, особенно в отношении второго и третьего уровня.

Так, Департаментом здравоохранения г. Москвы издан Приказ от 29 мая 2012 г. № 494 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городе Москве», в котором также применен подход

о распределении учреждений по уровням оказания медицинской помощи:

- к первому уровню отнесены «амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и **некоторые наиболее востребованные** виды первичной специализированной медико-санитарной помощи» (т.е. детские городские поликлиники);
- второй уровень представлен «амбулаторно-поликлиническими учреждениями, оказывающими первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и **в основном первичную специализированную медико-санитарную помощь**» (т.е. детские амбулаторные центры — окружные консультативно-диагностические центры);
- третий уровень — «консультативно-диагностические отделения и центры, являющиеся структурными подразделениями стационарных государственных учреждений здравоохранения города Москвы, а также диспансеры и научно-практические центры, оказывающие **консультативную и лечебно-диагностическую помощь** в амбулаторном порядке на догоспитальном этапе и после выписки больных из стационара».

¹ Конференция для медицинских и фармацевтических работников «Основные тенденции реформирования здравоохранения Российской Федерации». М. 2013.

Утверждены перечни амбулаторно-поликлинических учреждений первого и второго уровня, временные положения об организации их деятельности, примерный перечень оснащения и временный порядок взаимодействия детских городских поликлиник и детских амбулаторных центров в трехуровневой системе оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Однако четких критериев отнесения учреждения к определенному уровню оказания помощи не приводится.

В Приморье прорабатывается один из этапов трехуровневой системы медицинской помощи [22]. Создаются межрайонные центры специализированной медицинской помощи. Эти центры равномерно распределены по территории Приморского края. Для всех межрайонных центров определена маршрутизация пациентов на госпитализацию, утверждены показания для госпитализации. Больные в соответствии с профилем заболевания из районов, прикрепленных к межрайонным центрам, могут госпитализироваться непосредственно из дома. Предполагается, что данная реструктуризация должна позволить охватить специализированной помощью все население Приморского края.

Утверждена модель трехуровневой системы организации медицинской помощи населению Волгоградской обл. (Приказ Министерства здравоохранения Волгоградской обл. от 23 августа 2012 г. № 1921 «Об утверждении концепции трехуровневой системы медицинской помощи, схем маршрутизации при оказании медицинской помощи и распределения по уровням медицинских учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи населению Волгоградской области»). Разработаны схемы маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи и распределение по уровням медицинских учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, кардиологического профиля, при онкологических заболеваниях, пострадавшим при травмах, акушерско-гинекологического профиля, новорожденным, при психических расстройствах и расстройствах поведения, при наркологических заболеваниях, больным туберкулезом.

Как видно из представленной выше информации, в настоящее время в РФ формируется свой подход к модернизации здравоохранения, ориентированной на трехуровневую систему организации медицинской помощи. Он в большей степени соответствует привычной этапности и в меньшей степени сопоставим с международным опытом и идеологией трехуровневости медицинской помощи. Эта информация свидетельствует также о том, что в реализации стратегии перехода на трехуровневую систему организации медицинской помощи используется разное понимание того, что она из себя представляет.

Основные усилия сосредоточены на распределении учреждений по уровням оказания медицинской помощи. Уже есть примеры объединений, которые не вполне вписываются в идею трехуровневой организации медицинской помощи. Помимо этого, существует значительное число учреждений, предоставляющих медицинскую помощь, которая может быть отнесена не к одному, а к разным уровням помощи в ключе трехуровневой системы. По нашему мнению, организационные формы

оказания медицинской помощи (стационар на дому или дневной стационар) могут использоваться как на первом, так и на втором уровне помощи. Неясно, как быть с пациентами, больными тяжелыми хроническими заболеваниями: в европейской модели они временно, на период обострений, находятся на втором уровне, а постоянно, по всей вероятности, — на первом. Однако эти пациенты требуют другого диспансерного наблюдения, чем основной контингент поликлиник, а ведь одна из основных целей перехода на трехуровневую систему — сосредоточить поликлинику на профилактической работе с детьми первой/второй группы здоровья. Пока отсутствуют попытки создания паракоспитального уровня помощи. Также отсутствует понимание, как в предлагаемую систему помощи войдет сельское население: что станет паракоспитальным уровнем для тяжелобольных сельских жителей, рассредоточенных по обширной территории проживания. Фактически не имеется информации о том, к какому уровню медицинской помощи может быть отнесена медицинская реабилитация и медико-социальная помощь, которые Законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» выделены самостоятельной статьей, помимо видов медицинской помощи. Нам представляется, что эти очень важные составляющие медицинской помощи детям также должны распределиться по всем трем уровням, но со своими для каждого уровня специфическими задачами.

Между тем идея европейской модели трехуровневой медицинской помощи привлекательна. Такой подход дает возможность выделить работу со здоровым ребенком в самостоятельное направление и, наконец-то, реально заняться профилактикой. Это также дает возможность освободить стационары от «несвойственной» им работы и тоже сделать их в реальности стационарами интенсивного лечения.

Со всеми названными проблемами следует определиться на начальном этапе очередной реорганизации отечественной системы здравоохранения. Модернизация здравоохранения будет оправданной, если удастся создать истинно профилактический, паракоспитальный и стационарный (интенсивной диагностики и лечения) уровни оказания медицинской помощи и при этом вписать в нее то, что имеет положительную практику в нашем здравоохранении.

Таким образом, задача перехода на трехуровневую систему оказания медицинской помощи детям актуальна и сложна. Важно понимать и помнить: педиатрия как никакая другая специальность отличается комплексным подходом и направлена на решение не только сугубо медицинских, но и медико-социальных проблем ребенка и семьи в целом. Она по очень многим принципиальным позициям отличается от медицины для взрослых. Сюда следует отнести возрастные особенности растущего ребенка (от новорожденных до подростков), разные подходы в работе с семейными детьми и теми, кто воспитывается без родителей, воспитание и обучение детей в образовательных учреждениях, этико-правовые аспекты материнства и детства и пр. Именно в педиатрии создана система профилактической работы, учитывающая многие специфические проблемы детского населения.

Необходимо бережно относиться, обязательно сохранять и развивать при любых модернизациях здравоохранения и медицинской помощи то, что уже наработано, но в силу различных причин реализуется недостаточно.

По нашему глубокому убеждению, переход на новые организационные схемы оказания медицинской помощи следует осуществлять с обязательным использованием методологии регионального подхода, разработанного В.И. Стародубовым, А.А. Барановым, В.Ю. Альбицким [23]. Актуальность и перспективность такого подхода обуславливают три важных обстоятельства. Во-первых, на формирование здоровья россиян не может не оказывать влияния широкий спектр климатогеографических, экологических и экономических условий проживания населения Российской Федерации, степень его миграции, этнические и социокультурные особенности. Во-вторых, имеются существенные различия в материально-технической базе и кадровом потенциале детского здравоохранения по регионам. Наконец, для обоснованного адресного распределения сил и средств, направляемых на укрепление и восстановление здоровья детского населения, необходима оперативная и объективная информация по отдельным субъектам РФ о ведущих факторах, влияющих на состояние здоровья детей в целом и отдельных его параметров (заболеваемость, инвалидность и др.) в частности.

REFERENCES

- Matinyan N. S., Skachkova Ye. I. *Reformirovaniye natsional'nykh sistem zdoravookhraneniya kak adaptatsiya k global'nym protsessam* [Reforming of National Health Systems as Adaptation to Global Processes]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya — Social Aspects of Population's Health*. 2008; 3 (7): <http://vestnik.mednet.ru/> (accessed February 2, 2014).
- D'yachenko V. G., Rzyankina M. F., Solokhina L. V. *Rukovodstvo po sotsial'noy pediatrii* [Training In Social Pediatrics]. *Khabarovsk: The Far Eastern State Medical University*. 2010. 322 p.
- Raftery J., Powell J. Health Technology Assessment in the UK. *Lancet*. 2013; 382 (12): 1278–1285.
- Poleskiy V. A., Martynchik S. A., Martynchik Ye. A., Zaporozhchenko V. G. *Obshchestvennoye zdorov'ye i profilaktika zabolevaniy — Public Health and Diseases Prevention*. 2007; 3: 3–14.
- Mossialos E., Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. Geneva: *World Health Organization*. 2004.
- Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health and Policies Series. Oxford: *Open University Press*. 2005.
- Arah O. A., Westert G. P., Hurst J., Klazinga N. S. A conceptual frameworks for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Quality Health Care*. 2006; 18: 5–13.
- McDonald J., Cumming J., Harris M., Powell Davies G., Burns P. Systematic review of comprehensive primary health care models. Canberra: *The Australian national University*. 2006. 96 p.
- Busse R., Schreyogg J., Smith P. Variability in Healthcare Treatment Costs amongst Nine EU Countries — Results from the Healthbasket Project. *Health Economics*. 2008; 17: 1–8.
- Koz'minykh S. V. *Biznes. Obrazovaniye. Pravo. Vestnik Volgogradskogo instituta biznesa — Business. Education. Law. Bulletin of the Volgograd Business Institute*. 2010; 3: 52–58.
- Belyakov A. V. *Sovremennoye pravo — Modern Law*. 2011; 8: 138–142.
- Lynnyk S. A. *Visnyk Donets'kogo derzhavnogo universytetu upravlinnya — Bulletin of the Donetsk State University of Management*. 2013; 1 (63): 28–33.
- Bousset R., Rasberg A. Health systems: time of changes: Germany. *Copenhagen, WHO*. 2004.
- Bousset R., Rasberg A. Health systems: time of changes: Netherlands. *Copenhagen, WHO*. 2004.
- Essey M. Health systems: time of changes: Estonia. *Copenhagen, WHO*. 2004.
- Sanders S. Health systems: time of changes: France. *Copenhagen, WHO*. 2004.
- Shreyegg H., Bousset R. Health systems: time of changes: Czech Republic. *Copenhagen, WHO*. 2005.
- Reznikov D. A. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny — Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2010; 3 (2): 66–72.
- Allen N., Pichler F., Wang T., Patel S., Salek S. Development of archetypes for non-ranking classification and comparison of European National Health Technology Assessment systems. *Health Policy*. 2013; 25.
- Agadzhanian V. V. *Politrazma — Polytrauma*. 2008; 4: 9–13.
- McKee M., Healy J. Hospitals in a Changing Europe. *Buckingham*. 2002.
- rekhurovnevaya sistema okazaniya meditsinskoy pomoshchi deystvuyet v Primor'ye* [The Three-Level System of Delivery of Health Care Functions in Primorye]. Available at: <http://primamedia.ru/news/health/08.02.2013/256058/trehurovnevaya-sistema-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-deystvuet-v-primore.html> (accessed February 2, 2014).
- Starodubov V. I., Baranov A. A., Al'bitskiy V. Yu. *Pedrija — Pediatrics. Consilium medicum*. 2005; 84 (1): 10–13.