

Современные тенденции развития систем здравоохранения за рубежом

В большинстве развитых стран в качестве генеральной линии в области здравоохранения реализованы положения Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году». В этой базовой программе подчёркнуто равноправие всех граждан в отношении доступности и качества медицинской помощи и сформулированы основные задачи систем здравоохранения: содействие оздоровлению, профилактика заболеваний, развитие первичных звеньев здравоохранения, активное участие общественности в реализации оздоровительных программ.

Поиск вариантов сочетания эффективного и справедливого распределения медицинских услуг с их финансированием «сопровождается в одних странах принятием всеобъемлющих программ реорганизации, в других – проведением лишь ограниченных мероприятий, направленных на решение конкретных проблем» [1, с. 37]. При этом инструменты совершенствования организационных и финансовых механизмов системы здравоохранения в различных странах имеют свою специфику.

С. Флуд в монографии «Реформа международного здравоохранения. Юридический, экономический и политический анализ» [2] в главе «Экономические и юридические аргументы за вмешательство правительства в медицинское страхование и в рынок медицинских услуг» утверждает, что «только таким образом могут быть обеспечены общедоступность, справедливое распределение и профилактическая направленность медицинской помощи».

С 60-х годов XX века практически во всех странах происходил рост финансовых расходов на здравоохранение. Данную

тенденцию подтверждает таблица, составленная на основе ОЕСН Health Data 2005.

Таблица

Суммарные расходы на здравоохранение в наиболее развитых странах мира в 1960–2000 гг. (% ВВП)

Страна	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Великобритания	3,9	4,1	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3
Германия			6,2	8,6	8,7	9,0	8,5	10,6	10,6
Италия						7,7	7,9	7,3	8,1
Канада	5,4	5,9	7,0	7,1	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9
США	5,0	5,5	6,9	7,8	8,7	10,0	11,9	13,3	13,1
Франция	3,8	4,7	5,4	6,5	7,1	8,2	8,6	9,5	9,3
Япония	3,0	4,4	4,5	5,6	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6

Это привело к тому, что в настоящее время «государство в промышленно развитых странах несёт на себе около 75% общих расходов на здравоохранение» [3, р. 84].

По мнению российских экономистов, рост расходов на здравоохранение в разных странах обусловлен сходными причинами: значительной ресурсоёмкостью системы здравоохранения, ростом числа занятых работников, удорожанием медицинского оборудования, приборов, современных методик обследования и лечения больных [4, с. 208].

Как отмечается в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2000) [5], в 90-е годы XX века к числу факторов, способствующих росту финансовых расходов на здравоохранение, стали относить также старение населения, рост заболеваемости хроническими болезнями, растущие ожидания населения. При этом «во всех экономически развитых странах на протяжении последних 30 лет расходы на здравоохранение росли более высокими темпами, чем в целом по экономике. В 90-е годы XX века в расчёте на душу населения приходилось в

среднем 6,2% ВВП, тогда как аналогичные расходы на здравоохранение составляли 7,1%» [1, с. 33].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует на охрану здоровья населения расходовать не менее 6–6,5% ВВП. Развитые страны Западной Европы (Германия, Франция, Швеция) и Япония расходуют на цели здравоохранения 8–10% ВВП, США – 13% [6, с. 207–208]. В то же время, по расчётам международных экспертов, доля расходов, превышающая 6–9% от ВВП, требует проведения определённых мероприятий по сдерживанию расходов на здравоохранение [6].

По мнению К. Дональдсона, «системы финансирования здравоохранения – это «меняющийся мир», так как в течение 90-х годов прошлого века правительства многих стран мира предпринимали радикальные реформы в этой сфере» [7, р. 25]. В основе необходимости реформ лежит растущая стоимость медицинского обслуживания во всех странах. И.М. Сон утверждает, что «в структуре расходов на здравоохранение наиболее велики по объёму и темпам роста расходы на лекарственные средства. Так, во Франции и Германии они составляют почти 17% от общих расходов на здравоохранение» [1, с. 35].

Для ограничения роста расходов в Западной Европе в начале 80-х годов XX в. применялись успешные меры сдерживания расходов на здравоохранение [8]. Несмотря на опыт западно-европейских государств, до сегодняшнего дня актуальны следующие вопросы:

- как найти дополнительные источники финансирования здравоохранения;
- какова роль прямых платежей потребителей медицинских услуг;
- каковы рациональные механизмы оплаты труда врачей;
- какова допустимая степень конкуренции на рынках услуг медицинской помощи.

В мировой практике с точки зрения организационно-финансовых особенностей выделяют страховую (бисмаркианс-

кую), национальную (бевириджскую), а также частную формы организации здравоохранения [9, с. 100]. Некоторые экономисты [1, с. 12] рассматривают в качестве самостоятельной государственную модель, связанную с именем её основоположника Н.А. Семашко, сформулировавшего принципы социалистического здравоохранения. Однако данная классификация систем здравоохранения в значительной степени условна, так как альтернативные системы здравоохранения «в чистом виде» редко встречаются на практике. По мнению Б. МакПэйк, «разнообразные системы, функционирующие в тех или иных странах мира, на самом деле представляют собой сложные комбинации отдельных элементов трёх систем. Во многих случаях разные системы сосуществуют в одной стране, дополняя друг друга» [10, р. 55].

Бисмаркианская система здравоохранения функционирует в Австрии, Бельгии, Германии, Голландии, Франции, Швейцарии, Японии. В этих странах общественные фонды здравоохранения формируются главным образом за счёт взносов трудящихся и работодателей при минимальном финансовом участии государства. В то же время фонды находятся под контролем государства и являются частью государственных финансов. ОМС охвачено до 99,8% населения. Степень охвата населения страхованием свидетельствует о доступности медицинской помощи для населения. Предусмотрены соплатежи при получении медицинской помощи и выполнении программы ДМС.

Наиболее типичными для большинства европейских стран являются модели медицинского страхования, действующие в Германии и Франции. Германская система здравоохранения является образцом самоуправляемой системы медицинского страхования и предоставления медицинских услуг. Роль государства ограничивается контролем цен на медицинские услуги. Система организации медицинской помощи представляет собой конгломерат общественных и частных лечебных учреж-

дений, которые объединяют значительное число производителей медицинских услуг, работающих на коммерческой основе. Обязательное медицинское страхование охватывает более 90% населения страны, 10% пользуется добровольным медицинским страхованием.

Специфическим институтом системы здравоохранения Германии являются больничные кассы. Их работа построена на основе стандартного пакета страховых пособий по болезни, определённого на федеральном уровне. Больничные кассы производят расчёты с производителями медицинских услуг по единым тарифам на территории определённого региона. Размеры тарифов принимаются ежегодно на основании соглашений между ассоциациями больничных касс и ассоциациями производителей медицинских услуг каждого региона по принципу: если рост затрат превышает рост заработной платы в среднем по стране, то преysкуранты снижаются до уровня, удовлетворяющего требованиям бюджета.

За счёт больничной кассы оплачиваются расходы по использованию стандартного набора лекарственных и перевязочных средств; пособия в случае стойкой утраты трудоспособности – в размере 80% от заработной платы за вычетом всех налогов; пособия по беременности, родам и уходу за ребёнком. Принцип финансового управления больничных касс состоит в использовании страховых взносов для покрытия стоимости предоставляемых услуг. Функцию финансового контроля за расходованием средств страховых фондов больничных касс осуществляют совместно федеральное ведомство по страхованию и министерства здравоохранения федерации и земель.

Странам с бисмаркианской системой организации здравоохранения присущи национальные особенности, заключающиеся в различиях в выборе страховщика, медицинского учреждения и врача. Так, во Франции, Австрии и Люксембурге застрахованные не имеют права самостоятельного выбора страховщика, а прикрепляются к больничной кассе в зависи-

мости от рода деятельности. В Бельгии, Германии и Израиле ситуация противоположная: каждый гражданин имеет право свободного выбора страхового фонда.

В настоящее время в Германии разрабатывается новый инструмент совершенствования финансовых механизмов в здравоохранении – «концепция гражданского страхования». Данная концепция «предусматривает экономическое стимулирование застрахованных к более активной профилактике заболеваний собственными силами» [1, р. 37] в форме возврата застрахованному гражданину части страхового взноса при соблюдении следующих требований: отказ от курения, снижение веса, регулярные занятия спортом и т.д.

В Германии важным институтом по выработке рекомендаций для государства, направленных на повышение эффективности здравоохранения, является организация «Совместные действия по здравоохранению». Составленный из представителей страховых компаний, медицинских работников, работодателей, представителей фармацевтических предприятий, профсоюзов и политических деятелей данный институт способствует согласованию действий участников оказания медицинской помощи и выработке рекомендаций для государства, направленных на модернизацию сферы здравоохранения в Германии.

Во Франции медицинское страхование включено в государственную систему социального страхования и охватывает примерно 80% граждан; оно обязательно для всех рабочих и служащих. Источниками финансирования являются государственный бюджет, средства медицинского страхования и личные средства граждан. Ежемесячно предприятия и организации отчисляют на медицинское страхование 36% фонда оплаты труда, при этом 6,5% удерживается из заработной платы работников. Установление цен на медицинские услуги происходит посредством соглашения между государственными органами, лечебными учреждениями и врачами. Пересмотр цен предус-

мотрен два раза в год. Сформировалась тенденция увеличения страховых взносов в связи с ростом цен на медицинские услуги. Несмотря на это, государство оплачивает социально значимые виды медицинской помощи, реализуя принцип социальной справедливости.

60% граждан Франции дополнительно пользуется услугами частных страховых компаний. В отличие от Германии, во Франции применяются иные механизмы возмещения затрат пациенту: больной сначала непосредственно оплачивает медицинские услуги, а потом получает частичное возмещение затрат через систему ОМС (75%). При пользовании услугами частной медицины возмещение затрат пациенту осуществляется через врачебную ассоциацию, с которой заключён договор у медицинской страховой компании.

Ряд законов, принятых во Франции в последние годы, расширил и укрепил систему медицинского страхования, введя обязательное медицинское страхование для всех проживающих на территории страны, независимо от национальности, наличия гражданства и уровня доходов. Страховые фонды во Франции объединены в новый институт – в Национальный союз фондов медицинского страхования.

Одновременно Франция предпринимает активные шаги по повышению роли государства в системе здравоохранения своей страны. В соответствии с законодательством с 2005 г. государство определяет основные направления деятельности системы медицинского страхования, ежегодно определяет размеры возмещения расходов на медицинскую помощь и заключает договоры со страховыми фондами.

Некоторые экономисты оценивают проводимые во Франции реформы не только как демонстрацию усиления роли государства в повышении качества медицинской помощи и «в осуществлении контроля за системой здравоохранения, но и как процесс рождения новой модели – здравоохранение,

регулируемое государством в условиях либерализма и плюрализма» [11, р. 231–245].

К достоинствам бисмаркианской системы здравоохранения относятся:

- более быстрый рост расходов на здравоохранение по сравнению с общественными системами, основанными на подоходных налогах,

- отсутствие негативного отбора, так как медицинское страхование является обязательным и выход из страхового пула по собственному желанию часто невозможен; это обстоятельство позволяет перераспределять ресурсы между богатыми и бедными, обеспечивать равный доступ к медицинским услугам и реализовать принцип общественной солидарности;

- многообразие форм собственности производителей услуг;

- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм оплаты медицинской помощи;

- контроль качества медицинской помощи, расходов на её оказание со стороны финансирующих организаций;

- гарантированный объём бесплатно предоставляемой медицинской помощи.

По мнению российских экономистов, в настоящее время «в большинстве экономически развитых стран происходит государственная унификация процессов страхования, централизация страховых фондов, выработка единых общенациональных стандартов медицинской помощи» [1, с. 16].

В бевериджских (национальных) системах основным поставщиком услуг является государство, предоставляющее их как общественные блага.

Национальные системы здравоохранения функционируют в странах Северной Европы, в Греции, Испании, Италии, Канаде и Португалии и др. странах; в них основная часть фондов (50–90%) формируется государством [12, с. 458–459].

К достоинствам национальных систем здравоохранения относятся возможность сдерживать рост издержек и сокращать себестоимость медицинских услуг. Несмотря на критику, механизм рациионирования в форме врачей-«привратников», регулирующих визиты к узким специалистам, листы ожидания и дисциплину очереди, то есть ожидание приёма врача в коридоре медицинского учреждения, является достоинством национальных систем здравоохранения, так как эта мера предотвращает избыточное потребление медицинских услуг. Кроме того, проводимое государством рациионирование основано на потребностях населения в медицинских услугах.

Своеобразие системы здравоохранения Канады обусловлено государственно-страховым характером модели финансирования и состоит в охвате всего населения страны и централизованном управлении. Государство обеспечивает 70–75% всех расходов на здравоохранение. Каждая из 9 провинций имеет свою систему ОМС, в которой определяются два направления – страхование для больничного и для амбулаторного обслуживания. Бюджет канадского здравоохранения складывается из следующих отчислений: 42,2% – из бюджета провинций, 31,9% – из федерального бюджета, 1,8% – от общин и 24,1% – от пациентов, включая взносы на частное страхование и персональные выплаты.

Провинции могут выбирать форму финансирования страховой медицины через страховые взносы или налоги. Платежи на страхование поступают целевым образом в специальный фонд программы медицинского страхования. Взносы уплачиваются работодателями и физическими лицами с учётом возраста и уровня доходов: лица старше 65 лет и семьи с низким доходом освобождены от уплаты взносов.

В некоторых провинциях используется практика сооплаты медицинской помощи в момент её получения. Персональные выплаты за амбулаторную и больничную медицинскую помощь низки и составляют 8% от себестоимости амбулатор-

ного обслуживания и 0,2% – от себестоимости больничного лечения. По канадскому законодательству виды медицинской помощи, включенные в государственную программу, не могут быть включены в программы ДМС. Этим обеспечивается социальная справедливость в получении медицинской помощи. Частное страхование в Канаде запрещено, кроме страхования от несчастных случаев.

Канадскую систему здравоохранения часто называют «системой одного плательщика», так как она финансируется и управляется правительственной администрацией с использованием частного рынка предоставления медицинских услуг. Основным достоинством данной системы является полный охват населения медицинскими услугами и прямой системой управления. Недостатком канадской системы является механизм оплаты за услугу. В ней не заложены рыночные факторы, стимулирующие медицинские учреждения организовать систему с оптимальным качеством и эффективностью. Это снижает заинтересованность врачей в гарантиях высокого качества медицинской помощи.

Недостатки в организации системы здравоохранения Канады послужили стимулом к разработке новых механизмов предоставления услуг населению. Результатом стало внедрение схем альтернативного предоставления услуг в 90-е годы XX в., среди которых – передача части полномочий по предоставлению услуг другим уровням власти или частному сектору, покупка услуг в частном секторе, создание партнёрств, франчайзинг (лицензирование и приватизация [13, с. 102–105]).

Самой популярной формой сотрудничества и наиболее применимой к сфере здравоохранения в Канаде стали государственно-частные партнёрства, позволяющие в условиях дефицита финансовых ресурсов у государства задействовать средства частных организаций. В результате население может получать социальные услуги более высокого качества, в том числе с применением передовых технологий [14, р. 17].

Классическим примером страны с развитой децентрализованной системой частного медицинского страхования являются США. В США существует два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. Групповым страхованием охвачено 74% рабочих и служащих частного сектора экономики и 80% государственного сектора. За счёт средств группового страхования оплачивается более 35% дорогостоящих больничных услуг и до 50% внебольничной врачебной помощи. В структуре страхового взноса независимо от заработной платы доля работодателя составляет 70%, работника – 30%.

Тем не менее для большинства населения страхование здоровья является частным делом каждого. Около 85% американцев покупают полисы индивидуального частного медицинского страхования.

Американское здравоохранение является самым затратным в мире (расходы на него составляют около 14% ВВП) и имеет 4 основных механизма финансирования:

- государственная программа «Медикейд» – медицинская помощь неимущим;
- обязательное медицинское страхование престарелых – «Медикер»;
- оплата медицинской помощи самими пациентами;
- частное медицинское страхование.

Медицинское обслуживание пенсионеров в США осуществляется за счёт налоговых поступлений и доходов федерального правительства. На социальное страхование вносятся специальные налоги в равных долях работодателями и наёмными работниками – по 7,65%. В фонд «Медикер» направляется 1,45% страховых взносов. Лица свободных профессий и мелкие предприниматели вносят социальный налог в размере 15,3% дохода, из которых в фонд «Медикер» направляется 2,9%. На 50% финансирование медицинского обслуживания пенсионеров обеспечивается работающими в настоящее вре-

мя. Государственная программа «Медикер» состоит из 2 частей: страхование на случай больничного лечения и дополнительное страхование.

Медицинская помощь бедным в США выделена в отдельную государственную программу – «Медикейд» и оказывается за счёт средств федерального бюджета или больниц. Последние стараются компенсировать расходы на обслуживание малоимущих за счёт увеличения стоимости лечения застрахованных, хотя обоснованность лечебных и диагностических назначений контролируется страховыми фирмами.

Система медицинских учреждений в США формируется в соответствии с финансовыми возможностями и потребностями местного населения по законам свободного рынка. Жители свободны в выборе врача, а врачи – в выборе характера и места практики. Планирования медицинской службы на федеральном уровне нет. Муниципальные и окружные департаменты охраны здоровья только обеспечивают незначительный объём помощи через общественные клиники.

Оплата труда врачей осуществляется по счетам, выставаемым больным или страховым фирмам. За пребывание в стационаре, использование больничного оборудования деньги перечисляются на счёт клиники, доход которой зависит от количества пациентов. Созданию высокотехнологичной медицины способствовали Законы свободного рынка, действующие в системе здравоохранения США. Это, безусловно, является достоинством организации медицинской помощи в США.

Однако система здравоохранения США имеет существенные недостатки: высокая стоимость лечения и ограниченная доступность для социально незащищенных слоёв населения. Неравенство доступа к услугам здравоохранения усугубляется активным использованием соплатежей и сберегательных медицинских счетов, являющихся «регрессивным инструментом с точки зрения доходного неравенства» [7, р. 210].

Кроме того, применяемые механизмы рациионирования не принимают во внимание потребностей населения в медицинских услугах, в отличие от рациионирования в национальной системе здравоохранения. Так, соплатежи применяются страховщиками для борьбы с проблемой морального риска, а установление дифференцированных цен направлено на регулирование негативного отбора.

Недостатки системы здравоохранения США приводят к неполному охвату населения медицинским страхованием и перепроизводству медицинских услуг. Это обусловлено тем, что американская система здравоохранения в техническом и финансовом отношении является фрагментированной из-за неверной оценки спроса и предложения медицинских услуг. Механизмы стимулирования врачей и больниц приводят к избыточному предложению медицинских услуг и росту издержек, а в дальнейшем – к росту цен на услуги.

Как отмечает Ю.М. Комаров, вице-президент РМА, для современного зарубежного здравоохранения характерны следующие черты:

1. Прозрачность и подотчетность действий правительств в области здравоохранения, взвешенность и широкое обсуждение предлагаемых преобразований при активном участии профессиональных медицинских ассоциаций;

2. Сохранение и укрепление общественного характера здравоохранения, основанного на принципах солидарности, социальной справедливости, равной доступности медицинской помощи для всего населения и единых стандартов её оказания, независимо от места жительства и дохода;

3. Значительное повышение ответственности местных органов власти за здоровье, здравоохранение и охрану здоровья;

4. Сочетание децентрализации медицинских учреждений и централизации стратегического планирования при общей демократизации здравоохранения;

5. Изменение функций и задач органов управления здравоохранения разных уровней, в первую очередь национально-го уровня, в соответствии с новыми реалиями жизни;

6. Изменение статуса медицинских учреждений путём частичного их перевода в некоммерческие организации при сохраняющихся гарантиях на оказание бесплатной медицинской помощи и усилении влияния на их работу со стороны общественности, то есть попечительских советов;

7. Сдерживание достаточно быстро растущих расходов на здравоохранение на уровне 7–8% ВВП за счёт непрерывного поиска наиболее рациональных форм и методов оказания медицинской помощи населению.

8. Существенное ограничение платных услуг и отсутствие поощрения соплатежей пациентов; частное медицинское страхование большей частью является дополняющим, то есть частично или полностью покрывающим услуги, не включенные в государственные схемы, и добавочным, то есть расширяющим возможность выбора, и только в отдельных случаях оно является замещающим;

9. Поиск оптимальных для каждой страны сочетаний финансирования из налогов, обязательных страховых взносов и средств ДМС, а также сочетания разных вариантов оплаты труда врачей;

10. Не деление различных видов медицинской помощи на платные и бесплатные, а выделение состоятельных групп пациентов (около 30%), которые не подлежат оказанию медицинской помощи за счёт общественных средств;

11. Повсеместный отход от отдельных элементов рыночных отношений внутри системы здравоохранения, в том числе от конкуренции больниц; внешние отношения здравоохранения строятся по рыночному принципу «спрос-предложение» (обеспечение лекарствами и продуктами питания, услуги прачечной, уборка помещений и т.д.). Определённые преимущества национального (государственного) здравоохранения, пре-

красно существующего в странах с рыночной экономикой (что означает, что рынок имеет отношение только к экономике), перед сложной системой медицинского страхования.

12. Значимая роль профессиональных врачебных организаций и медицинских ассоциаций в решении стратегических, тактических и правовых вопросов здравоохранения, а также в самоуправлении профессиональной врачебной деятельностью [15, с. 65–75].

В современных условиях в результате происходящих изменений в здравоохранении разных стран прослеживаются две общие тенденции.

Первая тенденция заключается в постепенном стирании грани между бисмаркианской и бевериджской системами. Формируются три основные модели организации системы здравоохранения: на рыночных принципах с использованием системы частного медицинского страхования; государственная медицинская помощь с бюджетной системой финансирования; организация здравоохранения на принципах социального страхования.

В первой модели основным инструментом удовлетворения потребности в медицинской помощи является рынок услуг. Часть потребности, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои общества, пенсионеры), обеспечивает государство за счёт развития программ здравоохранения.

Во второй модели главным поставщиком и покупателем медицинских услуг выступает государство, гарантирующее удовлетворение массовых потребностей. Рынку отводится незначительная роль в предоставлении лечебно-профилактической помощи под контролем государственных органов.

Третья модель финансирования здравоохранения опирается на сочетание возможностей рынка и государственного регулирования с широким использованием механизма социального медицинского страхования. Государство играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых пот-

ребностей граждан в медицинской помощи вне зависимости от уровня доходов, на базе рыночных принципов оказания услуг. Роль свободного рынка проявляется в удовлетворении потребностей в медицинской помощи сверх гарантированного государством уровня с обеспечением свободы выбора и суверенитета потребителей.

На наш взгляд, оптимальна третья модель. Однако идеальная экономическая модель системы здравоохранения в настоящее время не создана.

Вторая тенденция заключается в возрастании роли государства в сфере здравоохранения с точки зрения достижения экономической эффективности и социального равенства в предоставлении медицинских услуг.

Список литературы

1. Сон И.М., Базарова И.Н., Барскова Г.Н., Гавриленко О.Ю., Обухова О.В. Системы финансирования здравоохранения. Федеральный ресурсный центр по экономике здравоохранения. М., 2008.

2. Flood C.M. International Health Care Reform. A Legal, economic and political analysis. Routledge Studies in the Modern World Economy. London-N.Y. 2003.

3. Innovation in Health Service Delivery. Washington. 2003.

4. Игнатов В.Г., Батурич Л.А., Бутов В.И., Уварова Г.Г., Ходарев С.В., Элланский Ю.Г. Экономика социальной сферы: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: Издательский центр «МарТ», 2001.

5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 // Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. 2000.

6. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. М.: «Весь Мир», 2002.

7. *Donaldson C., Gerard K., Stephen J., Mitton C., Wiseman V.* Economics of Health Care Financing. The Visible Hand. Palgrave Macmillan, 2005.

8. *Салтман Р.Б., Фигейрас Д.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / ЕРБ ВОЗ. М.: Изд-во «ГЭОТАР- Медицина», 2000.

9. Экономика здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. Решетникова А.В. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.

10. *McPake B., Kumaranayake L., Normand C.* Health Economics. International Perspective. Routledge, 2003.

11. *Sorum P.C.* France Tries to Save its Ailing National Health Insurance System // J.Publ. Health Policy. 2005. Vol. 26. № 2.

12. Бюджетная система России: Учебник для студентов вузов, обучающихся по экономическим специальностям / Под ред. Г.Б. Поляка. М.: ЮНИТИ - ДАПА. 2007.

13. Отраслевые, секторальные и региональные особенности реформы бюджетных учреждений в России. М.: ИЭПП. 2005.

14. *Joe J., O'Brein J., McIntry E., Fortin M., Loudon M.* Governance and Methods of Service Delivery for Water and Sewage Systems. Toronto: Queen's Printer for Ontario. 2002.

15. Вестник государственного социального страхования. 2005. № 1.