

МОДЕЛИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В МИРЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

О.С. МИШИНА

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 127254, г. Москва, Добролюбова, 11,
e-mail: olesya.mishina@mail.ru

Аннотация. Целью данной работы явился анализ мирового опыта по ведению хронических болезней и выделение модели наиболее подходящей для отечественного здравоохранения. Нами был проанализирован зарубежный опыт оказания помощи хроническим больным, отечественный опыт работы в этом направлении, и выделены наиболее успешные на наш взгляд модели, подходящие для помощи больным с хроническими болезнями в России.

Ключевые слова: хронические болезни, модели, профилактика, помощь, ориентированная на человека.

WORLDWIDE MODELS OF CHRONIC DISEASES MANAGEMENT (REVIEW)

O.S. MISHINA

Central Research Institute of Public Health Organization and Informatization; olesya.mishina@mail.ru

Abstract. The purpose of this work was the analysis of world experience in chronic disease management and determination of the most appropriate model for national health care. The author analyzed the international experience in the chronically patients help and Russian experience in this direction. The most successful model, in author's point of view, was defined for as more suitable medical-social care to chronic diseases patients in Russia.

Key words: chronic disease, model, prevention, person-oriented care.

Борьба с хроническими болезнями – одна из наиболее сложных задач, стоящих перед национальными системами здравоохранения. По данным ВОЗ примерно в 86% случаев причиной смерти в Европейском регионе являются хронические болезни, поглощающие около трех четвертей бюджета здравоохранения. Анализ демографических прогнозов, включающих старение населения и рост продолжительности жизни, предсказывает к 2030 г. увеличение численности пожилых людей с тяжелой инвалидностью. Многие пациенты с хроническими болезнями могут жить долго, но при этом могут нуждаться в постоянной помощи и уходе. Вызывает тревогу и тот факт, что растет число молодых и среднего возраста людей с хроническими заболеваниями. Специалисты связывают эту тенденцию с растущим уровнем ожирения, курением, отсутствием физической активности, а также с увеличением сочетаемости заболеваний у современного пациента, объясняющейся наличием определенного эволюционно-генетического предрасположения к их совместному формированию, которое закрепляется в процессе репродукции [6- 8].

Важно не забывать и об экономическом аспекте данного вопроса, так как экономические затраты, связанные с хроническими заболеваниями высоки. Несмотря на это, для общества экономически выгодно вкладывать средства в ведение хронических болезней. По оценке экспертов ВОЗ 1996 г. на основе выборки бедных и богатых стран мира, увеличение ожидаемой продолжительности жизни на пять лет ассоциируется с ежегодным ростом ВВП на 0,3-0,5% в дальнейшем. В странах с высоким доходом увеличение смертности на 1% снижает прирост доходов на душу населения в последующие пять лет примерно на 0,1% [1].

По мнению зарубежных экспертов, улучшение ведения хронических болезней может дать три основных преимущества:

1. Улучшение здоровья больного человека с увеличением качества и количества лет жизни.
2. Экономия затрат страховых компаний и работодателей, путем снижения обострений и осложнений заболеваний, и как следствие снижение частоты потерь трудоспособности среди работников с хроническими заболеваниями.
3. Повышение производительности труда людей с хроническими заболеваниями.

Некоторые исследователи считают, что расходы, связанные с хроническими болезнями, могут быть уменьшены или передвинуты на более поздний период жизни с помощью профилактики. Количественная оценка факторов риска, обуславливающих развитие хронических заболеваний, является ключом к пониманию того, как строить профилактику патологии [13].

В структуру профилактики должны входить три основные составляющие: первичная, вторичная и третичная профилактика. Первичная профилактика осуществляется до развития заболевания (например, профилактика курения среди молодежи для предотвращения заболеваемости раком легких); вторичная про-

филактика направлена на тех, у кого выявлены первые симптомы или состояния, предшествующие развитию заболевания (например, обследование на артериальную гипертонию для её контроля в целях предупреждения инсульта или инфаркта); третичная профилактика направлена на тех, у кого заболевание уже есть: её цель снизить инвалидизацию, частоту обострений и осложнений (например, назначение небольших доз аспирина после первого случая инфаркта миокарда для предупреждения рецидива) [10].

Средства предупреждения большинства хронических болезней варьируют от мероприятий, ориентированных на индивидуумов или семьи (например, распространение информационных листовок или активная поддержка по телефону), инициатив, направленных на медицинских работников (например, подготовка к выполнению новых функций и создание многопрофильных бригад), организационных преобразований (например, обучение на рабочем месте и межсекторальное взаимодействие) до стратегий, предназначенных для отдельных групп населения (например, пропагандирующая здоровый образ жизни, реклама, и выявление людей с различным уровнем риска).

Эффективность профилактики соматических заболеваний неоспорима. К примеру, в Калифорнии комплексная программа борьбы с курением, развернутая с 1990 г., снизила за 7 лет заболеваемость раком легких на 14%. В Финляндии программа по снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний «Северная Карелия» привела к существенному снижению сердечно-сосудистых заболеваний. Но какие бы хорошие результаты не давали многочисленные программы по профилактике, они не могут решить все проблемы по ведению хронических болезней. Модели ведения хронических больных – это следующий этап, позволяющий объединить усилия различных служб для решения конкретных проблем больных с помощью изменений в организации лечебно-диагностического процесса и социальной помощи [4].

В России также имеется большой опыт ведения хронических больных, начиная с осуществления профилактических мероприятий – это, прежде всего, ежегодная диспансеризация работающего населения. Однако, несмотря на положительные результаты по выявлению болезней, это не оказало существенного влияния на общую заболеваемость населения хроническими заболеваниями [11].

В связи с разнообразием подходов к решению данной проблематики и длительным поиском наиболее эффективных моделей помощи хроническим больным на протяжении не одного десятилетия, целью данной работы явился анализ мирового опыта по ведению хронических болезней и выделение модели наиболее подходящей для отечественного здравоохранения.

Большинство реализуемых в мире моделей ведения хронических больных включают: координацию медицинской помощи на уровне первичного звена, мероприятия по обеспечению лекарственными препаратами и оказанию социальной поддержки, которые направлены на улучшение здоровья пациентов и достижение оптимального соотношения затрат и результатов лечения. Среди основных подходов при ведении хронических болезней выделяют:

1. Выбор единого страхового плана или поставщика услуг (т.е. медицинской помощи), на которого возлагается ответственность за результаты, вследствие того, что он получает соответствующее финансирование для координации всего процесса ведения хронического заболевания у конкретного пациента, даже если другие службы тоже участвуют в предоставлении услуг.

2. Ведение болезней в рамках устанавливаемых государством минимальных стандартов для страховых планов и поставщиков услуг. Такой регулирующий подход с преобладающей долей вмешательства государства встречается во Франции, Германии, Италии и Нидерландах.

3. Создание рынка кредитов (терминология ВОЗ) для ведения хронических болезней в США, где помощь предоставляется в рамках страхового плана, который рассчитан на определенную сумму. Если расходы на лечение превышают лимит страхового плана, пациент начинает оплачивать все последующие лечебные мероприятия сам.

4. Акцент на просвещение пациентов по вопросам самоконтроля лечения болезни. Пациентам предоставляется доступ к системам, которые помогают определить, какие лечебные мероприятия им подходят и поставщиков (медицинские учреждения), которые предлагают соответствующие услуги. Такие системы работают в Скандинавии.

При любом подходе основные приоритеты ведения хронических болезней одинаковы:

– Предупреждение развития заболевания путем первичной профилактики и укрепление здоровья является главным компонентом программы ведения болезней.

– Ориентация на потребности пациентов.

– Согласованность информации и подходов к ведению болезней при участии нескольких поставщиков медицинских услуг.

– Использование специализированных медицинских бригад, состоящих из специалистов разного профиля.

– Мотивация самих больных с хроническими болезнями к оказанию самопомощи [1, 12].

Главной целью всех моделей является отход от широко распространенной эпизодической помощи, которая хорошо работает при острых состояниях, но не согласована с потребностями хронических больных. Суть данного подхода заключается в активном участии пациентов в принятии решений, выявлении потребностей пациентов и создании условий для профилактической и комплексной помощи.

Новаторами в разработке моделей помощи хроническим больным можно считать США. В конце 1980-х гг. в этой стране для больных из группы высокого риска была разработана модель Evercare, – коммерческая программа медицинского страхования UnitedHealth Group. Ее главная цель – объединить профилактику и лечение для больных с высоким риском ухудшения здоровья. В программе использовались методы выделения групп риска, позволяющие оценить требуемый уровень помощи и разработать индивидуальный план лечения, координацию и наблюдение за которым осуществляла медицинская сестра в качестве куратора больного. Позднее программа охватила и пожилых людей, живущих дома. Также в это время в США начали создаваться центры по предупреждению и контролю заболеваний (CDC). Но надо заметить, что данная программа была направлена только на одну определенную группу больных и поэтому не подходила для массового внедрения в практику.

Тогда в 1999 г. специалистами США была предложена «концепция интеграции», состоящая из трех уровней, установленных исходя из потребностей больного. В 2002 г. была определена общая цель интегрированной помощи как «повышение качества медицинской помощи, качества жизни и удовлетворенности потребителя, а также повышение эффективности системы для больных со сложными долговременными нарушениями, включающие различные услуги, медицинские учреждения и категории обслуживания».

Медицинская помощь при хронических заболеваниях в Швеции оказывается преимущественно в региональных медицинских центрах силами многопрофильных бригад, состоящих из врачей, медицинских сестер и других работников. Ведущую роль играют районные медицинские сестры, которым предоставлены некоторые права в области назначения лекарственных средств. Во многих случаях они проводят первое обследование и направляют пациентов к необходимым специалистам. Однако и эта модель не включает все необходимые элементы самоконтроля, профилактики и партнерства между медиками и пациентами.

В итоге, учитывая все недостатки предыдущих моделей, была разработана модель многофункционального оказания помощи при хронических болезнях, которая и используется на сегодняшний день в США. На наш взгляд, эту модель можно назвать вполне успешной. Эта модель включает в себя шесть взаимосвязанных компонентов, которые имеют значение для ведения хронических болезней: организация здравоохранения; структура службы оказания помощи; имеющиеся в сообществе ресурсы, и принципы политики; поддержка самоконтроля болезни; поддержка принятия решений; клинические информационные системы.

Официальная оценка этой модели, проведенная корпорацией RAND в более чем 40 организациях США, показала, что такая политика может приводить к улучшению процесса оказания помощи и конечных результатов, в том числе в отношении клинических исходов, удовлетворенности пациентов услугами и расходами. Четыре составляющих модели в наибольшей степени связаны с устойчивыми изменениями: организация бригад специалистов-практиков; совместное принятие решений с пациентами; поощрение поставщиков услуг (медицинские учреждения) в процессе улучшения обслуживания; широкое распространение методов просвещения пациентов [4].

Одним из примеров работы данной модели являются центры головной боли. В них широко используется мультидисциплинарный подход, при котором оказание медицинской помощи осуществляется комплексной бригадой специалистов – медиков. Результаты исследования опыта деятельности центров головной боли показали, что модель лечения заболевания, использующая мультидисциплинарную бригаду, улучшила индивидуальное лечение пациентов и результаты у лиц с комплексом заболеваний. В США, например, при университете Джефферсона в центре головной боли пациентам предлагают услуги высококвалифицированной группы специалистов: невропатолога, психолога, психиатра, дантиста и др. Подобные центры также существуют в Дании, Германии, Англии [15].

Еще одна из популярных моделей в организации предоставления услуг связана с разработкой и внедрением, так называемых, «программ ведения болезней», которые в настоящее время в той или иной форме используются в большинстве стран. Ключевая задача заключается в содействии рациональному процессу лечения больных с хроническими состояниями в наиболее подходящих как с клинической точки зрения, так и с позиции экономической эффективности условиях существуют разные подходы по внедрению данной модели. В Англии, например, участковые патронажные медицинские сестры используют стратегии оценки риска на уровне всего населения, чтобы выявить больных со сложными потребностями или тех, кто подвержен наибольшему риску госпитализации. Они дают рекомендации, проводят инструктаж и предоставляют расширенный спектр услуг по уходу и поддержке амбулаторно и на дому у больных.

В ряде областей Англии прошли тестирование инновационные модели в области предоставления услуг, предназначенные для поддержки пожилых людей, длительно страдающих хроническими заболеваниями. Возглавляют эти модели местные органы власти, организуя партнерство между бригадами специалистов медицинской и социальной помощи, благотворительными и общественными организациями. Они имеют общий бюджет и общий план предоставления услуг. Цель этого партнерства состоит в том, чтобы интегрировать профилактическую и специализированную помощь в едином согласованном пакете услуг для пожилых людей, что позволило бы им жить дома и оставаться независимыми. Основными характеристиками такого подхода является активное выявление тех, кто нуждается в услугах, предоставление специализированной помощи лицам из групп высокого риска госпитализации и направление в другие службы лиц с более низким уровнем потребностей в помощи. Пациенты, отнесенные к группе высокого риска госпитализации, пользует-

ются услугами специализированных медсестер, тогда как «навигационное» (справочно-информационное обслуживание) по выявлению лиц из групп низкого риска находится в ведении добровольного сектора. Также были разработаны специализированные услуги по профилактике, например, по предупреждению падений; оценке ранних стадий деменции; налажено обеспечение лекарственными препаратами; созданы бригады социальных работников в больницах и бригады парамедиков, позволяющие избежать избыточных обращений в стационар. Инновационные аспекты этой модели заключаются в следующем:

- Интеграция (медицинские и социальные службы работают вместе, а совет управляет финансами).
- Замещение профессионалов (использование добровольного сектора в качестве информационной и справочной службы).
- Изменение условий предоставления услуг (услуги на дому или на базе сообщества).
- Сегментации потребностей услуг на группы высокого и низкого риска.
- Предоставление новых видов обслуживания (лица, оказывающие информационно-справочные услуги, и фармацевты посещают людей на дому).

Двадцать девять подобных экспериментальных программ были запущены по всей Англии. Использовались государственные бюджетные средства, выделенные поставщикам услуг, которым было предложено работать в рамках консорциума. Первые результаты оценки эксперимента свидетельствуют о том, что в регионах, внедривших интегрированные превентивные подходы к ведению болезней, частота госпитализаций была ниже, чем в других регионах [4, 5].

В Канаде, например, введены стимулы для семейных врачей и семейных практик, направленные на увеличение масштаба вмешательств и предоставление комплексного набора услуг определенным группам населения с хроническими заболеваниями. Во многих случаях предусматривается дополнительное финансирование деятельности, связанной с профилактикой, ранней диагностикой и эффективным лечением хронических заболеваний.

Как мы видим, каждая страна вырабатывает собственную модель ведения хронических болезней с учетом особенностей структуры здравоохранения, потребностями населения и имеющимися ресурсами. На наш взгляд, предпочтительность английской модели заключается в том, что она содержит все основные элементы организации медико-социальной помощи при хронических болезнях. Это просветительская работа, профилактика, обучение самоконтролю, разделение пациентов по группам риска с учетом конкретных потребностей. Также важно выделить новый элемент, такой как, сотрудничество между бригадами медиков и социальными службами, что, на наш взгляд, является очень перспективным направлением.

Все более широкое признание получает идея о необходимости тесного партнерства медицинских работников и пациентов, которое может помочь снизить риск возникновения обострений и улучшить исходы хронических заболеваний. В этой связи с начала 1990-х гг. разрабатываются различные программы поддержки самопомощи при хронических заболеваниях. Однако стоит заметить, что они в основном ориентированы на тех, у кого одно хроническое заболевание. В Канаде, например, была разработана специальная программа реабилитации при хронической обструктивной болезни легких. Цель программы – поддержание оптимального физического, социально-психического и психологического уровня жизнедеятельности пациентов. Полученные данные говорят о том, что в результате внедрения программы сократилось число госпитализаций и обращений в отделения неотложной помощи. Отмечено также более активное потребление услуг первичной медицинской помощи и улучшение качества жизни больных. Большинство программ самопомощи действуют на базе медицинских учреждений (больницы или реабилитационные центры). Однако стоит заметить, что наибольший положительный эффект данные программы дают в комплексе с другими компонентами ведения хронических болезней, которые были указаны нами ранее [4, 5].

Конкретным воплощением рассматриваемого подхода к ведению хронических болезней с более выраженным акцентом на нужды пациента, по праву, можно считать предложенную ВОЗ модель «помощи, ориентированной на человека (больного)». Эта комплексная, непрерывная медицинская помощь, включает в себя реабилитацию, профилактику и динамическое наблюдение, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Врачи, работающие по этой модели ВОЗ, несут ответственность за состояние здоровья всех членов общества на протяжении жизни; ответственность за воздействие на факторы, влияющие на здоровье (т.е. пропаганда здорового образа жизни, информирование о негативных факторах внешней среды). Медицинская помощь, ориентированная на больного, требует от всех участников процесса выработки коммуникационных навыков, взгляда на вещи с точки зрения пациента и его потребностей, обеспечения обучения и предоставления информации, вовлечение пациентов во все аспекты принятия решений, а также мотивирование людей на самопомощь и обучение [2].

Реализация помощи, ориентированной на человека, в разных странах происходит с использованием различных подходов, однако все они включают в себя основные направления: доступность и непрерывность помощи, координацию услуг на уровне первичного звена, выявление новых потребностей, межсекторальное взаимодействие, учет индивидуальных особенностей. Данная модель смещает процесс принятия решений от патерналистических взаимоотношений больной-врач в сторону модели сознательного выбора и партнерства (в идеале). Которая более чутко откликается на индивидуальные потребности, отводит ведущую роль пациентам и их семьям, учитывает их взгляды и предпочтения в процессе оказания помощи, предлагает под-

держку в обучении и психологическую помощь, необходимые для эффективного партнерства. Таким образом, роль врачей расширяется, включая в себя консультирование пациентов относительно рекомендуемых подходов к ведению заболевания, обучение навыкам медицинской помощи, эмоциональную и психологическую поддержку, помощь в доступе к ресурсам медицинской и социальной помощи, пропаганду здорового образа жизни [2, 3].

В некоторых странах модель оказания медицинской помощи по критериям ВОЗ разрабатывают для конкретных заболеваний. Например, в Канадской провинции Квебек внедряется программа «Жить с хронической обструктивной болезнью легких полноценной жизнью», которая ориентирована на больного. Цель программы – помочь людям взять на себя большую ответственность за свою болезнь и сохранять оптимальный уровень физической, психологической и умственной активности. Программа развивает способность оценивать свои потребности, определять как и кем они должны удовлетворяться, а также предрасполагает к поведению, которое поможет предотвратить осложнения или обострения заболеваний. В рамках программы в специализированных центрах предлагаются образовательные курсы по симптомам и лечению заболевания; врачебное наблюдение по телефону; индивидуальное консультирование. Рандомизированное исследование показало, что программа помогла уменьшить число госпитализаций и обращений в отделения неотложной помощи. Кроме того, указанная программа содействовала более рациональному потреблению услуг первичной помощи [4].

Разнообразие предлагаемых моделей оказания помощи в Европе, США и Канаде говорит о том, что универсального решения проблем, связанных с хроническими заболеваниями пока еще не существует. Поэтому и отечественному здравоохранению необходимо разрабатывать для России свои модели помощи хроническим больным, в наибольшей степени соответствующие сложившейся системе организации помощи населению с учетом происходящих перемен.

Нельзя не отметить, что в отечественном здравоохранении реализовались в разные годы элементы тех или иных моделей оказания медицинской помощи. Например, в нашей стране впервые была внедрена всеобщая диспансеризация работающего населения, которая давала положительные результаты. Также в России до сих пор применяется этапность в оказании помощи, предусмотренная утвержденными Министерством здравоохранения порядками ведения больных [9, 11]. Имеется опыт комплексного лечения хронических больных в поликлиниках. Действуют школы «сахарного диабета», «гипертонической болезни», обучающие больных самоконтролю, мерам профилактики, самопомощи [14]. Также в нашей стране реализуются государственные целевые программы по борьбе с рядом болезней: «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», в которые входят артериальная гипертония, онкологические и другие распространенные заболевания. Но все эти усилия не обеспечили достаточного снижения заболеваемости и смертности, и, на наш взгляд, это может быть связано с тем, что проводимые комплексные мероприятия в основном касались системы оказания медицинской помощи и не имели целью сконцентрировать внимание на индивидуализации проблем больных людей. Поэтому на сегодняшний день модель помощи, ориентированной на человека, наиболее перспективна для разработки в качестве базовой модели в условиях здравоохранения России.

Заслуживающим внимания аргументом в пользу рассматриваемой модели является также то, что по данным организаторов и участников Третьей Женевской конференции по медицине, ориентированной на человека (прошедшей 3 мая 2010 г.), этот вид помощи возможно реализовать даже в условиях ограниченных ресурсов. Подтверждается это тем, что указанная модель реализуется как в промышленно развитых (Англия, Дания), так и в развивающихся странах (Сальвадор, Малайзия, Руанда, Таиланд) [3]. Но при разработке данной модели крайне важно учитывать разнообразие тех, кто страдает хроническими заболеваниями. Части больных нужно лишь, чтобы обслуживающие их медицинские работники обменивались информацией, в то время как другим потребуются хорошо организованные, комплексные медицинские услуги. Следовательно, индивидуальные потребности хронически болеющих пациентов должны оцениваться по единой скоординированной схеме с использованием всестороннего междисциплинарного подхода.

Таким образом, проведенный анализ моделей оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях, используемых во многих странах мира, показал, что стратегии по ведению хронических болезней обладают мощным потенциалом для пролонгирования жизни людей, сохранения их трудоспособности и поддержания качества жизни. Российскому здравоохранению целесообразно разрабатывать и внедрять собственные модели с комплексным подходом и запланированной активной медико-социальной помощью, адаптированной к региональным условиям.

Литература

1. Дебби, Санг. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг? Краткий аналитический обзор / Санг Дебби // ВОЗ.– 2008.– 34 с.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо // Женева, Всемирная организация здравоохранения.– 2008.– 152 с. URL: <http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html> (Дата обращения: 09.07.2009)
3. Доклад с третьей женеваской конференция по медицине, ориентированной на человека.– 2010.– С.24. URL: <http://www.personcenteredmedicine.org/> (Дата обращения 29 июля 2012 г.)
4. *Еллен, Нолте*. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиции системы здравоохранения / Нолте. Еллен, Мккии, Мартин // ВОЗ.– 2011.– 237 с.
5. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: новые элементы для действий // ВОЗ.– 2003.– 92 с.
6. *Эттелт, С.* Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта /С. Эттелт, Е. Нолти, Н. Мейс, С. Томсон //Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения.– М.: Реал Тайм.– 2009.– 64 с.
7. *Павлов, О.Г.* Сочетанная соматическая патология родителей и репродуктивная функция их дочерей / О.Г. Павлов // Вестник новых медицинских технологий.– 2011.– Т. XVIII.– №3.– С. 248–250.
8. *Павлов, О.Г.* Системное влияние наследственной предрасположенности к соматопатологии и медико-социальных факторов на течение беременности и исход родов. Автореферат доктора медицинских наук / О.Г. Павлов.– Тула.– 2006.– 39 с.
9. *Потешонкова, С.В.* Организационно-экономические аспекты оказания амбулаторно-поликлинической помощи беременным с хроническими воспалительными заболеваниями почек / С.В. Потешонкова, М.В. Кулигина // Вестник новых медицинских технологий.– 2010.– Т. XVII.– № 1.– С. 89–91.
10. Реформа больниц в новой Европе [под ред. Мартина Макки, Джудит Хали] // Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения Издательство: Весь Мир.– 2003.– 319 с.
11. *Русаков Н.И.* Анализ организации и результаты диспансеризации работающего населения в рамках национального проекта «здоровье» в муз «узловская районная больница» за 2006–2008 гг. / Н.И. Русаков // Вестник новых медицинских технологий.– 2010.– Т. XVII.– № 3.– С. 193–194
12. Стратегическое управление [руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ] // Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген.– 2008.– URL: http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_rdoc11.pdf, (дата обращения 9 июля 2009 г.)
13. *Фигуерас, Жосеп* Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения /Жосеп Фигуерас, Мартин Мккии, Сузи Лессоф, Антонио Дуран, Ната Менавде // ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген.– 2008.– 111 с.
14. *Шевский, В.И.* Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы / В.И. Шевский, С.В. Шишкин // Научные труды ИЭПП №102. Москва: ИЭПП.– 2006.– 80 с.
15. *Фокин, И.В.* Головная боль: основы организации медицинской помощи [Под редакцией заслуженного деятеля науки РФ, члена-корреспондента РАМН, проф. В.З. Кучеренко]/ И.В. Фокин // Москва.– 2008.– 164 с.