

- создание кластеров в рамках определенных проектов/направлении;
- обеспечение защиты интеллектуальной собственности;
- развитие профессиональных компетенций, например, открытие обучающих центров.

Литература

1. Маевский А.В. Кредитный рейтинг и инвестиционная привлекательность региона // Российское предпринимательство – № 16 (238), Август 2013.
2. Научный доклад: Институты развития как инструмент региональной политики// http://inecon.org/docs/Vilensky_paper_20151222.pdf
3. Национальный доклад об инновациях в России. http://www.rvc.ru/upload/iblock/8e0/RVK_innovation_2016.pdf

Значкова Е.А.¹, Головина С.М.², Загоруйченко А.А.²
**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПНОЙ И
КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ**

¹ Департамент здравоохранения города Москвы, Москва

² ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Россия, Москва

Znachkova E. A.¹, Golovina S.M.,² Zagoruychenko A.A.²
**SOME QUESTIONS OF AFFORDABLE AND QUALITY HEALTH
CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE
DISEASES IN THE RUSSIAN FEDERATION AND ABROAD**

¹ Healthcare Department of Moscow, Russia, Moscow

² National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Значкова Елена Александровна - заместитель начальника отдела первичной медико-санитарной помощи, e-mail: elena.znachkova@mail.ru.

Головина Светлана Михайловна - научный сотрудник.

Загоруйченко Анна Анатольевна - ФГБНУ «Национальный научно-

исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Резюме. В данном обзоре литературы рассматривается актуальность вопросов организации медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями. Учитывая, что в любом обществе группой населения наиболее подверженной множественным хроническим неинфекционным заболеваниям являются люди старшего возраста, внимание при рассмотрении указанных вопросов акцентируется применительно к ним. Рассматривается зарубежный опыт. Проведенный анализ позволяет судить о приемлемости использования методов организации медицинской помощи старшему поколению к пациентам, страдающим множественными хроническими неинфекционными заболеваниями. Экономически более выгодные виды долговременной помощи данной категории граждан способствуют сокращению расходов на здравоохранение и стимулируют поиск новых альтернативных форм помощи.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, организация медицинской помощи, люди старшего поколения.

Summary. This literature review examines the relevance of the issues of medical care to patients with chronic non-communicable diseases. Given that in every society a group of people most affected by multiple chronic non-communicable diseases are the older people, account when considering these issues is emphasized in relation to them. We consider foreign experience. The analysis allows to judge, the acceptability of the use of methods of medical care to the older generation of patients with multiple chronic diseases neinfkct ionnymi. Economically more efficient types of long-term care of this category of citizens contribute to reducing health care costs and stimulate the search for new alternative forms of care.

Key words: chronic non-communicable diseases, the organization of medical care, older people.

В XX веке в России, как и в других индустриальных странах, на смену инфекционным заболеваниям пришли хронические

неинфекционные заболевания (ХНИЗ), заняв основное место в структуре заболеваемости, ранней инвалидности и преждевременной смертности населения России. Проблемы организации медицинской помощи населению, страдающему хроническими неинфекционными заболеваниями, в частности, доступной первичной медико-санитарной помощи актуальны во многих странах мира.

Оптимальный подход к снижению риска развития хронических неинфекционных заболеваний - коррекция всех основных факторов риска как модифицируемых (управляемых), так и не модифицируемых (неуправляемых - возраст, пол, генетическая предрасположенность).

Европейская стратегия – решение двух равнозначных задач: проведение комплексной работы по устранению или уменьшению факторов риска; укрепление систем здравоохранения в целях более эффективной профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Комплексные меры борьбы с факторами риска требуют наличия национальных стратегий по предупреждению и контролю ХНИЗ. Основными составляющими стратегии должны быть: регулирующая структура; национальные (и адаптированные к ним региональные, местные) планы действия, направленные против факторов риска; программы мониторинга хронических заболеваний для улучшения медицинского обслуживания населения; реформы служб здравоохранения; изменения информационных систем здравоохранения [4].

Международный опыт показал, что наиболее действенной мерой борьбы с факторами риска ХНИЗ на популяционном уровне является профилактика как наиболее экономически результативный вариант достижения в короткие сроки существенного улучшения здоровья населения в отношении ХНИЗ. Примером может служить Финляндия, где за 25 лет смертность от ишемической болезни сердца удалось снизить на 73% благодаря проводимым по месту жительства мероприятиям, направленным на разъяснение пользы здорового рациона питания, в сочетании с реализацией национальных программ борьбы с факторами риска.

В России планомерная борьба с хроническими заболеваниями ведется с 2011 года. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» были конкретизированы понятия профилактики ХНИЗ и формирования здорового образа жизни. Мероприятия по профилактике ХНИЗ были включены в первичную медико-санитарную помощь.

Порядок работы амбулаторно-поликлинического звена по раннему выявлению ХНИЗ, а также основных факторов риска их развития определен в приказе МЗ РФ от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения».

На увеличение продолжительности жизни населения за счет снижения преждевременной смертности от ХНИЗ были направлены мероприятия Программы «Формирование здорового образа жизни населения и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте РФ на 2013-2017 гг.»

На сегодняшний день существует обширный опыт ведения пациентов с ХНИЗ и организации ухода за малоподвижными пациентами, доказавший эффективность в зарубежных странах и в отдельных регионах России. Одним из наиболее интересных примеров, реализованных в России, стала комплексная программа по совершенствованию лечения артериальной гипертонии, которая была осуществлена в Ярославской области совместно с группой компаний «Новартис» в 2011 г. По существу, проект стал примером государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, благодаря которому была модернизирована работа региональной терапевтической и кардиологической служб и достигнут ощутимый результат – повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертонией. Принятые меры привели к устойчивому росту тенденций по снижению числа госпитализаций, связанных с артериальной гипертензией, а также с ее осложнениями – инфарктом миокарда и инсультом.

В настоящее время программы, ориентированные на борьбу с ХНИЗ, успешно используются в Канаде, США, Австралии, Германии, Великобритании.

В Канаде благодаря успешной реализации программы по борьбе с артериальной гипертензией доля пациентов, достигших контроля артериального давления за 10 лет наблюдения, возросла с 16% до

66%, а смертность от инфаркта миокарда и инсульта уменьшилась на 31% и 36% соответственно.

В Германии внедряется Программа ведения и ухода за пациентами с хроническими заболеваниями. Германия относится к числу стран, где около 50% расходов системы здравоохранения приходится на пациентов старше 65 лет, а в перспективе к 2030 г. эта цифра должна возрасти до 60%. Именно поэтому была разработана программа ведения сложных больных с множественными заболеваниями. В результате реализации программы ожидается существенное повышение удовлетворенности пациентов, а также снижение расходов системы здравоохранения Германии.

Заслуживает внимания опыт Великобритании – использование удаленных консультаций для повышения эффективности работы амбулаторного центра, повышения производительности труда и удовлетворенности пациентов. Удаленные консультации являются составной частью комплексной системы ухода, одним из основных принципов которой - сосредоточение ресурсов на пациентах, находящихся в группе наибольшего риска возникновения осложнений или госпитализации. Критерием определения целевой группы и критерием стратификации пациентов внутри целевой группы служит уровень риска экстренной госпитализации. Использованию удаленных консультаций отводится большая роль. Они могут служить эффективной заменой личного посещения, снизить количество личных приемов. Важно, что при этом повышается доступность услуг, в том числе мало-мобильных групп населения, пациентам легче получить удаленную консультацию у выбранного врача, удовлетворенность пациентов возрастает. Несмотря на некоторые недостатки удаленных консультаций - повышенная вероятность ошибки при работе с пациентом, психологический фактор, так как для некоторых пациентов телефонный разговор является свидетельством ограничения доступности, опыт Великобритании свидетельствует об эффективности механизма удаленных консультаций.

Анализ результатов реализации подобных программ в разных странах показывает, что внедрение системы ведения пациентов с хроническими заболеваниями позволяет повысить качество и доступность медицинской помощи, существенно улучшить качество жизни пациента, повысить эффективность использования

ресурсов системы здравоохранения и выделить принципы, актуальные и приемлемые при разработке подобных программ в РФ. Принципы эти следующие: создание электронных регистров пациентов с хроническими заболеваниями и стратификации пациентов по уровням риска; использование единых методических рекомендаций по ведению пациентов с хроническими заболеваниями и проведение обучающих мероприятий, как для медицинского персонала, так и для пациентов; привлечение междисциплинарной команды врачей к участию в лечении пациентов с хроническими заболеваниями; внедрение механизма телефонных консультаций с врачами и медсестрами; назначение координатора программы.

В любом обществе группой населения наиболее подверженной множественным хроническим неинфекционным заболеваниям являются люди старшего возраста. Для большинства развитых стран характерна тенденция старения населения - демографическая тенденция, которая имеет серьезные последствия, связанные с увеличением абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста, со здоровьем данной группы населения, с финансовыми поступлениями в сектор здравоохранения, с расходами на здравоохранение, организацией медицинской помощи пожилому населению. К этому следует добавить, что хроническими неинфекционными заболеваниями страдает довольно многочисленная группа лиц трудоспособного возраста, что весьма важно [13,14].

Для старшего возраста характерна мультиморбидность – сочетание болезней разного генеза, тесно связанных с развитием возрастных процессов в стареющем организме. Преобладают длительно протекающие хронические заболевания, накопленные за предшествующие годы [8]. Объем медицинской помощи необходимый людям старших возрастов в 11 раз больше, чем лицам трудоспособного возраста. В Великобритании расходы на обслуживание одного человека в возрасте 75 лет и старше почти в 6 раз превышают затраты на одного человека в возрасте 16-64 года.

На состояние здоровья лиц пожилого возраста, наравне с адаптацией к одинокому проживанию, социальной и физической активностью, материальной обеспеченностью, существенное влияние оказывает доступность врачебной помощи [6,7,9,10].

В мире проблемы оказания медицинской помощи пациентам с множественными неинфекционными заболеваниями, в частности, лицам пожилого возраста привлекли к себе выраженное внимание в послевоенные годы.

Здравоохранение для пожилых включает широкий круг услуг: острый и хронический уход, амбулаторную, кратковременную и долговременную помощь, социально ориентированную персональную помощь на дому или в общине, альтернативные виды помощи, такие как дневные медицинские и социальные центры.

Одним из приоритетных направлений повышения уровня здоровья лиц, страдающих множественными хроническими заболеваниями, в том числе старших возрастов, является профилактическое, предусматривающее осуществление оздоровительно-реабилитационных процедур, среди которых важное место занимают двигательные программы – кинезиотерапия, ментальный тренинг, который является средством психопрофилактики. Большое значение для людей, страдающих множественными хроническими заболеваниями, в основном старшего возраста, имеют оздоровительные аспекты питания. Фармакология здоровья предлагает свои средства, влияющие на скорость геронтогенеза и учитывающие возрастные потребности организма, например, энтеросорбция, как средство, способное увеличить продолжительность жизни. Естественными корректорами состояния здоровья пожилых лиц являются фито – и гомеопрепараты.

Важную роль в оказании медицинской помощи хроническим больным, особенно пожилого возраста, играет помощь, оказываемая семьей, друзьями, знакомыми - «неформальная помощь».

Неформальная помощь не является профессиональной и не компенсируется материально. Однако во многих странах пришли к пониманию, что лицам, обеспечивающим помощь и уход, необходима не только специальная поддержка и обучение, но и финансирование. В Европе существуют разнообразные формы выплат, хотя единый эффективный механизм отсутствует. Неформальный уход связан с рядом других сложных моментов, которые необходимо учитывать. Так, увеличение доли пожилых людей означает снижение числа молодых людей, обеспечивающих уход, нагрузка при оказании помощи и ухода тяжело сказывается на психическом и физическом благополучии лиц

его оказывающих, особенно за тяжелыми пациентами, тенденция отдельного проживания пожилых лиц вызывает дополнительные затраты времени и средств. С целью стимулирования неформальной помощи в ряде стран разработаны механизмы предоставления льгот – гибкий рабочий график, пособия страхования и пр.

Кроме «неформальной помощи» как перспективное направление медицинской помощи пожилым людям с множественными хроническими заболеваниями в европейских странах рассматривается поощрение людей к заботе о собственном здоровье и ведении здорового образа жизни, учитывая принцип «солидарности поколений» [3].

Другим перспективным вариантом мер представляется содействие здоровому старению, так как здоровые пожилые люди требуют меньше затрат ресурсов здравоохранения, дольше сохраняют трудовую активность. Стратегии, обеспечивающие здоровое старение населения, включают улучшение координации медицинских услуг и услуг длительного ухода и укрепление профилактических служб.

Большое значение имеет создание быстро растущего сегмента здравоохранения - систем длительного ухода, включающих самопомощь с поддержкой и услуги в домашних условиях. Долговременная помощь сосредоточена на личности с функциональными нарушениями, нуждающейся в поддержании повседневной активности, такой как: управление приемом лекарства, приготовление пищи, работа по хозяйству. В помощь на дому, как правило, входят: доставка пищи на дом, местный транспорт, финансовая помощь, дневные программы на базе медицинских и социальных учреждений [5,11,12]. В службах помощи утвердился метод работы междисциплинарной командой, что требует соблюдения четкой координации, бесконфликтности и избегания духа соревновательности. Несомненно, развитие помощи на дому способствует отказу от таких институтов, как дома ухода и т.д. С экономической точки зрения, наиболее приемлемыми за рубежом являются дневные стационары, долговременные больницы для престарелых, дома сестринского ухода, отделения подострого ухода и другие. Значительное место в системе мер по медико-социальной помощи занимает самопомощь – мероприятия, направленные на

активизацию личности, семьи, на улучшение и поддержание здоровья, предупреждение и ограничение заболеваний.

В некоторых зарубежных странах велика роль благотворительных организаций, обеспечивающих значительную часть жизненно важных гуманитарных услуг пожилым, добровольцев, играющих ключевую роль в медицинской и социальной деятельности, агентств помощи на дому для пожилых на уровне общины. Основной функцией добровольцев является организация поддержки, улучшение повседневной жизни престарелых людей [18].

Из практического опыта известно, что для повышения качества организации и доступности медицинской помощи населению целесообразно использовать возможности медицинских организаций различных форм собственности с ориентацией, прежде всего, на пациента. Однако следует иметь в виду, что в государственных и частных организациях имеют приоритет разные аспекты доступности. Поэтому целесообразна разработка программ предоставления медицинских услуг на льготных условиях и эконом-класса. Такими возможностями могут быть: включение в программы государственных гарантий в рамках ОМС для граждан пожилого и старческого возраста оказания услуг; организация выездных бригад для оказания медицинской помощи в центрах; реализация механизмов частно-государственного партнерства [1,15].

Для принятия управленческих решений, направленных на повышение качества организации и доступности медицинской помощи в медицинских организациях различных форм собственности, целесообразно проведение социологических исследований с использованием апробированных на практике методик, позволяющих определять приоритетность тех или иных вопросов [2,9].

Рациональное зерно для организации качественной и доступной помощи лицам, страдающим ХНИЗ, может быть найдено в опыте организации первичной медицинской помощи пожилым и престарелым людям с хроническими заболеваниями за рубежом:

Так в США профессиональные услуги помощи на дому предоставляют сертифицированные Агентства помощи на дому, частные или некоммерческие. Финансируются они через федеральные программы Medicare и Medicaid. Агентства осуществляют квалифицированный уход, физиотерапию, речевую и трудотерапию,

консультации социальных работников, психологов, диетологов и прочее.

Медико-социальную помощь в Германии престарелым лицам оказывают многочисленные, главным образом, частные организации. Характерными чертами медико-социальной помощи в Германии являются, в том числе: практически всеобщее обязательное социальное страхование на случай необходимости долговременного медицинского ухода, которое осуществляют больничные кассы и частные страховые компании; традиционно преобладают благотворительные, а не коммерческие организации, исключая сектор долговременного медицинского ухода, где коммерческим и некоммерческим организациям дан равный статус; растет доступ к комплексному обучению и услугам по месту жительства, однако существуют значительные отличия между разными землями, а также между городами и сельскими районами [16].

Во Франции дома для престарелых относятся к социальной сфере и находятся в ведении генеральных советов департаментов. Однако за медицинское обслуживание лиц, проживающих в таких учреждениях, отвечает система медицинского страхования. Социальный сектор отвечает за обеспечение ухода за престарелыми гражданами. Помощь на дому оказывают частнопрактикующие медики или специальные службы по уходу на дому. Спрос на такие услуги, как правило, опережает предложение. Несмотря на признанную важность развития помощи по месту жительства, страховые фонды, финансирующие медицинскую помощь, и местные органы власти, отвечающие за социальную поддержку, плохо согласовывают свои действия [19].

В Дании действует большое количество учреждений долговременного ухода. Помимо традиционных домов для престарелых, есть и такие заведения как дома по уходу, апартаменты, в которых обеспечивается базовый уход, групповые дома. От 8 до 90% всех расходов по помещению человека в учреждение долговременного ухода покрывает государство или его родственники. Размер затрат зависит от вида услуг, которым пользуется пациент [17]. Муниципалитеты оказывают услуги по уходу, как вне больниц, так и в муниципальных центрах здравоохранения, которые финансируются за счет услуг: долговременная помощь в домах для

престарелых, помощь в центрах дневного ухода. Кроме того, с частными коммерческими фирмами заключаются контракты на оказание питания, уборку помещений.

С 1987 г. дома для престарелых пациентов Дании считаются обычным жильем и имеют такие же права и обязанности, как и все население. В настоящее время новые дома для престарелых не создаются, а услуги социально защищенного жилья предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями. Расширяется сестринский уход на дому, муниципалитеты все больше нанимают работников, оказывающих помощь на дому. Как средство сокращения затрат все более широко начинают применяться соплатежи пациентов и заключение контрактов на услуги с частными коммерческими организациями. Такие услуги включают уход, уборку дома, приготовление пищи, личную гигиену. Жителей домов для престарелых прикрепляют к врачам общей практики в индивидуальном порядке. Участковые медсестры оказывают услуги круглосуточно. Это могут быть: уход и лечение, обучение пациентов – первая помощь, неотложная помощь, услуги домов для престарелых и центров дневного ухода. Услуги предоставляются бесплатно, везде установлены телефоны для круглосуточной связи с участковой сестрой [20].

Таким образом, очевидно, что проблема организации оказания эффективной доступной и качественной медицинской помощи пациентам, страдающим множественными хроническими заболеваниями, представляет одну из важных проблем современного общества. Анализ некоторых сторон организации медико-социальной помощи лицам старшего возраста, отягощенным бременем ХНИЗ, в Российской Федерации, а также опыта некоторых зарубежных стран позволяет судить о приемлемости использования приведенных методов организации к пациентам, страдающим множественными хроническими заболеваниями. Медицинская помощь пациентам данной категории имеет существенные последствия для здравоохранения каждой страны, связанные с длительным уходом, с выделением необходимых средств на медико-санитарную помощь, принятия определенных мер, рекомендаций, поиска оптимального баланса между помощью в стационарных учреждениях, помощью на дому и социальной помощью. Существует обширный опыт ведения

пациентов с хроническими заболеваниями, доказавший свою эффективность, как в России, так и за рубежом, который показал, что экономически более выгодные виды долговременной помощи пожилым способствуют сокращению расходов на здравоохранение и социальную защиту и стимулируют поиск новых альтернативных форм помощи. В связи с распространением хронических заболеваний и множественной патологии у пациентов растет потребность во врачах с широким клиническим мышлением, способных оценивать состояние организма в целом (а не отдельных его органов), постоянно вести пациентов со сложной и комбинированной патологией, а иногда и объединять усилия отдельных узких специалистов. В этой связи возможной альтернативой становится актуальная задача подготовки врачей общей практики, выделение среди участковых врачей специалистов, обслуживающих только лиц с множественными заболеваниями, которые требуют к себе повышенного внимания и значительных временных затрат. Система предоставления преобладающей в настоящее время фрагментированной и эпизодической помощи нуждается в замене на комплексную и скоординированную долгосрочную помощь, которая может быть организована на базе первичной медико-санитарной помощи. Многие страны приходят к пониманию, что необходим поиск новых форм помощи пожилым, включая новые типы домов ухода, больше поддержки амбулаторной помощи и услугам, членам семьи и помощникам по уходу.

Литература

1. Алимский А.В. Геронтостоматология (эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). – М., 2012. – 374 с.
2. Гришина Н.К. Совершенствование информационного обеспечения управления здравоохранением: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 47 с.
3. Ефремов Д.В., Грузева Т.С. Из международного опыта организации медицинской помощи населению пожилого возраста // Актуальные вопросы социальной медицины и психологии: Мат. междунаучно-практ. конф. Махачкала, 19 февраля 2011. – С. 33-35.
4. Жданова М.В. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний [infourok.ru/statya-profilaktika-hronicheskikh-neinfekcionnih-zabolevaniy-hniz-810643.http](http://infourok.ru/statya-profilaktika-hronicheskikh-neinfekcionnih-zabolevaniy-hniz-810643).

5. Журавлев А.В. Совершенствование организации помощи на дому: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2016. – 24 с.
6. Линденбратен А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи // *Здравоохранение*. – 2015. - № 1. – С. 74-100.
7. Линденбратен А.Л. Использование критериев и показателей качества медицинской деятельности // *Зам. главного врача*. – 2016. - № 4. – С. 56-62.
8. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. – М.: Персэ, 2012. – 224 с.
9. Махотин А.Е. Повышение качества организации и доступности офтальмологической помощи населению при различных организационно-правовых формах ее оказания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2012. – 24 с.
10. Погонин А.В., Тяжелников А.А., Юмукян А.В. Управление доступностью медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях // *Здравоохранение*. – 2016. - № 4. – С. 45-53.
11. Семисынов С.О. Организация медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста // *Актуальные вопросы управления здоровьем населения: Сб. науч. тр.* – Н. Новгород, 2011. – С. 198-199.
12. Семисынов С.О. Организация медико-социальной помощи пожилым людям в зарубежных странах // *Актуальные вопросы управления здоровьем населения: Сб. науч. тр.* – Н. Новгород, 2011. – С. 199- 202.
13. Стародубов В.И., Медик В.А. Заболеваемость населения // *Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 45-58.
14. Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать?*. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.
15. Хорева О.О., Муравьева В.Н. Анализ оказания стоматологической помощи гражданам пожилого и старческого возраста в учреждениях социальной защиты населения: Мат. междунаучно-практ. конф. «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» // *Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко*. 2016. Вып. 1. С.179-183.

16. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. P. 234.

17. Payane K.A., Wilson C.M., Caro J.J., O'Brien J.A. Resource use by dementia patients and caregivers: an international survey of medical and spacial services and processes of long-term care/ Annals of long-term care, 7(7): 263-276.

18. Rechel B., Doyle Y., Grundy E., McKee M. Каковы возможные ответные меры системы здравоохранения в связи со старением населения? Анализ систем и политики здравоохранения. – Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009. – 40 с.

19. Sandier S., Paris V., Poltron D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. P. 234.

20. Stranberg-Larsen M., Nielsen M.B., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K., Mossialos E. Denmark: Health system revive. Health system in Transition, 2007; 9(6): 1-164.
