

Отримано: 23.03.2015 р.

Прорецензовано: 08.04.2015 р.

Прийнято до друку: 30.04.2015 р.

Герус Ю. В. Принципи та джерела фінансового забезпечення медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка»: збірник наукових праць / ред. кол.: І. Д. Пасічник, О. І. Дем'янчук. – Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. – Випуск 28. – С. 84–90.

УДК 368.9.06

JEL-класифікація: G2. 22

Герус Юлія Василівна,

аспірант кафедри фінансових ринків, Національний університет Державної податкової служби України

ПРИНЦИПИ ТА ДЖЕРЕЛА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У статті досліджено принципи та джерела фінансового забезпечення медичного страхування у загальному механізмі фінансування охорони здоров'я. Проаналізовано чотири головні джерела ресурсів охорони здоров'я (фіскальні, цільові внески обов'язкового медичного страхування, страхові внески добровільного страхування та прямі платежі населення за медичні послуги), які формують національні моделі фінансового забезпечення медичного страхування. Розглянуто можливість застосування в Україні стратегічного підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фінансового забезпечення медичного страхування. Здійснено SWOT – аналіз стану системи фінансування медичного страхування в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне страхування, страховий фонд, мобілізація коштів, акумуляція коштів, закупівля медичних послуг.

Герус Юлія Васильевна,

аспірант кафедри фінансових ринків, Національний університет Государственной налоговой службы Украины

ПРИНЦИПЫ И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

В статье исследованы принципы и источники финансового обеспечения медицинского страхования в общем механизме финансирования здравоохранения. Проанализированы четыре главные источники ресурсов здравоохранения (фискальные, целевые взносы обязательного медицинского страхования, страховые взносы добровольного медицинского страхования и прямые платежи населения за медицинские услуги), которые формируют национальные модели финансового обеспечения медицинского страхования. Рассмотрена возможность применения в Украине стратегического подхода Всемирной организации здравоохранения относительно финансового обеспечения медицинского страхования. Осуществлен SWOT – анализ состояния системы финансирования медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское страхование, страховой фонд, мобилизация средств, аккумуляция средств, закупка медицинских услуг.

Yuliia Gerus,

Postgraduate of Department of financial market National University of State tax service of Ukraine

PRINCIPLES AND SOURCES OF FINANCIAL SUPPORT FOR MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE

This article explores the principles and sources of financial support for medical insurance in general mechanism of health care financing. Four main sources of health care resources were analysed (fiscal, target contributions to the compulsory medical insurance, insurance contributions to voluntary medical insurance and direct payments for public medical services) that form national models of financial support for medical insurance. The possibility of use in Ukraine of a strategic approach of the World Health Organization concerning the financial support for medical insurance was considered. Conducted SWOT analysis of medical insurance state system funding in Ukraine.

Key words: health care, medical insurance, insurance fund, raising of funds, accumulation of funds, purchase of medical services.

Постановка проблеми. В умовах хронічного дефіциту фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, надзвичайно великої актуальності набуває питання пошуку ефективних принципів і джерел фінансового забезпечення медичного страхування. Перед Україною постає завдання щодо проведення всеосяжної комплексної реформи механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, як його найважливішого елемента. Це ставить перед органами державного управління складне завдання щодо задіяння більш дієвих та ефективних джерел фінансового забезпечення медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Питання пошуку ефективних принципів і джерел фінансового забезпечення медичного страхування, адекватних ступеню економічного розвитку, впродовж

останніх десятиліть перебуває в центрі уваги зарубіжних і вітчизняних дослідників. Вагомий внесок у теорію фінансового забезпечення медичного страхування зробили західні науковці: Г. Беккер, У. Беверідж, О. Бісмарк, Р. Болла, Дж. Гендерсон, П. Коха, Дж. Кутцин, В. Ларонсон, Л. Тарантіно, С. Томсон, В. Саведофф. Серед українських учених, чий науковий доробок, розкриває окремі аспекти джерел фінансування медичного страхування необхідно виділити Т. Артюх, В. Базилевича, К. Вишньовську, Н. Внукову, К. Воблого, О. Гаманкову, С. Горянську, О. Мельник-Батон, М. Мних, С. Онишко та інших.

Віддаючи належне дослідженням учених у цій сфері, варто зазначити, що надійних принципів і джерел фінансування медичного страхування, зорієнтованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення в країні не сформовано, що сприяє зростанню захворюваності та смертності.

Мета і завдання дослідження. Метою статті є дослідження сучасних принципів і джерел фінансового забезпечення медичного страхування у загальному механізмі фінансування охорони здоров'я України. Для досягнення поставленої мети проводиться розгляд трьох взаємопов'язаних функціональних завдань фінансування охорони здоров'я, загалом, і медичного страхування, зокрема, а саме: мобілізація коштів, акумуляція зібраних коштів і закупівля медичних послуг.

Виклад основного матеріалу. Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що протягом останніх двох десятиліть за показниками стану здоров'я Україна посідає одне з найнижчих місць серед країн Європи: близько 1/3 громадян страждають від серцево-судинних захворювань, понад 1 млн. українців – від онкологічних захворювань і діабету. Україна є «лідером» за показниками захворюваності на ВІЛ і туберкульоз, а смертність у країні в 2,3 рази вища, ніж у країнах-членах Європейського Союзу. При цьому смертність від серцево-судинних захворювань становить близько 64% у структурі загальної смертності, а від онкологічних захворювань – 13%, тобто майже 80% щорічних втрат населення країни [1].

Подібний стан у сфері охорони здоров'я визначається багатьма несприятливими соціальними та економічними чинниками: складною ситуацією у економіці та екології, низьким рівнем добробуту, значним поширенням шкідливих звичок і відсутністю в суспільстві цінностей здорового способу життя, а також, не в останню чергу, низькою якістю медичного обслуговування та нерівністю громадян щодо доступності та якості медичних послуг. При цьому однією із головних причин недоступності та низької якості послуг охорони здоров'я є застаріла, неефективна модель фінансування охорони здоров'я.

Розглядаючи сучасний механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні загалом, і, зокрема, медичного страхування, неможливо оминати його наріжний камінь, а саме статтю 49 Конституції, яка гарантує права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування та сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуючу мережу таких закладів не може бути скорочено [2].

Проте, в сучасних умовах, громадяни України фактично не можуть безоплатно отримувати медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі та із якістю, гарантованих Конституцією, а отже, їхнє конституційне право на охорону здоров'я і медичну допомогу не реалізується. Тому постає завдання щодо проведення комплексної реформи всього механізму охорони здоров'я, включаючи його основний елемент – медичне страхування.

Реформування механізму охорони здоров'я в Україні пов'язане, передусім, із вирішенням комплексу питань його фінансового забезпечення, а саме:

1) які саме джерела фінансування медичних послуг населенню мають бути пріоритетними з точки зору фіскальної політики?

2) яким є оптимальне співвідношення страхових внесків між учасниками загальнодержавних фондів соціального страхування (фондів обов'язкового медичного страхування), державою, роботодавцями та найманими працівниками?

3) якими є критерії оптимального (раціонального, ефективного) розподілу фінансових ресурсів галузі.

Світовою практикою визначено чотири головні джерела ресурсів охорони здоров'я: 1) фіскальні (загальне оподаткування); 2) цільові внески обов'язкового медичного страхування (до фондів соціального страхування); 3) страхові внески добровільного медичного страхування (до фондів приватних страхових компаній); 4) прямі платежі населення за медичні послуги. Співвідношення зазначених джерел формує національні моделі медичного страхування, зокрема:

1) із переважанням державних джерел: бюджетна «модель Семашка» та бюджетно-страхова «модель Беверіджа», у яких пріоритетними є фіскальні надходження та внески обов'язкового медичного страхування від 50% до 90-100%;

2) із переважанням солідарних джерел: страхова (соціально-страхова) «модель Бісмарка», коли основним джерелом ресурсів є внески до спеціальних фондів медичного страхування;

3) із домінуванням приватних джерел (приватно-страхова, ринкова, ліберальна модель), у якій фінансування медичних послуг відбувається переважно за рахунок страхових внесків до фондів суб'єктів страхового ринку (приватних компаній) або шляхом їх прямої оплати домогосподарствами [3, с. 82].

Чинний механізм фінансування охорони здоров'я в Україні, внаслідок особливостей історичного шляху розвитку, діє за принципами частково реформованої «моделі Семашко». Тому досі переважно спирається на кошти державного й місцевих бюджетів з урахуванням принципу субсидіарності. Розподіл повноважень між бюджетами, у відповідності до Бюджетного кодексу, формує структуру державних видатків на охорону здоров'я: до 80% фінансування складають кошти місцевих бюджетів, і близько 20% – державного [4, с. 78].

Це вказує на необхідність пошуку більш ефективних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я та медичного страхування в Україні. Йдеться про удосконалення фінансової моделі за рахунок розширення ресурсної бази. Запровадження нових механізмів оплати медичних послуг, однак із дотриманням зафіксованих у Конституції принципів гарантування та задоволення соціальних прав громадян і відповідних зобов'язань держави [5].

Саме тому, з ціллю задіяння більш ефективних джерел фінансового забезпечення медичного страхування, ми обрали стратегічний підхід, що рекомендується для реформування механізму фінансування охорони здоров'я Європейським бюро Всесвітньої організації здоров'я. Побудова ефективного механізму фінансування охорони здоров'я загалом і медичного страхування, зокрема, передбачає успішне вирішення трьох взаємопов'язаних функціональних завдань:

по-перше, мобілізацію коштів, що передбачає визначення джерел фінансування, вибір відповідної стратегії стягнення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція щодо адміністрування внесків і платежів;

по-друге, акумуляцію зібраних коштів у фонди, тобто виконання функції накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з метою забезпечення доступу громадян до якісних медичних послуг;

по-третє, закупівлю медичних послуг, тобто процес передачі коштів із солідарних фондів до установ та організацій, що надають медичні послуги [5].

Для реалізації цих завдань збалансований механізм фінансування медичного страхування має забезпечувати одночасне виконання наступних принципів:

1) фінансової захищеності від фінансових ризиків, пов'язаних зі станом здоров'я громадян, спрямований на збереження їхнього добробуту, який не має погіршуватися внаслідок оплати медичних послуг;

2) соціальної справедливості, тобто встановлення диференційованих ставок відрахувань для осіб із різним рівнем доходів;

3) рівної доступності – доступі до медичної допомоги за потребою, а не платоспроможністю;

4) прозорості та підзвітності, яка полягає у створенні зрозумілих критеріїв оцінки функціонування системи охорони здоров'я, протидію корупції;

5) ефективності управління – усунення дублювання функцій у сфері фінансування охорони здоров'я, скорочення витрат, не пов'язаних із досягненням основних цілей.

На основі вищевказаних завдань і принципів здійснимо дослідження сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в Україні (рис. 1).

Наведений рисунок свідчить про те, що для механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування першим важливим завданням є мобілізація ресурсів, яка включає: 1) джерела фінансування; 2) механізми залучення (вилучення) коштів; 3) організаційні структури (установи та організації), які задіяні у мобілізації ресурсів.

Законодавством України визначено наступні *джерела* фінансування охорони здоров'я [7]:

1) кошти державного та місцевих бюджетів, які спрямовуються на безоплатне надання гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування цільових програм, а також фундаментальних наукових досліджень у сфері охорони здоров'я;

2) кошти фондів медичного страхування, створення і функціонування яких забезпечується державою за рахунок державного бюджету, коштів підприємств, установ і організацій, а також внесків застрахованих громадян;

3) кошти благодійних фондів, фондів створених закладами охорони здоров'я на основі добровільних внесків підприємств, установ, організацій і громадян, крім того, заклади охорони здоров'я за погодженням із головним органом можуть встановлювати плату за додаткові (не гарантовані державою) медичні послуги.

В Україні функції щодо мобілізації фінансових ресурсів делеговано Міністерству фінансів і місцевим фінансовим органам (в особі Державної фіскальної та казначейської служб), а також фондам загальнодержавного обов'язкового соціального страхування. Залучення коштів на добровільних засадах можуть здійснювати приватні страхові компанії, а також неприбуткові страхові установи (лікарняні каси). Крім того, законодавством передбачено й можливість прямих платежів за надання медичних послуг – установами охорони здоров'я згідно затвердженого переліку платних послуг. Отже, вітчизняна система мобілізації ресурсів охорони здоров'я є багатоканальною.

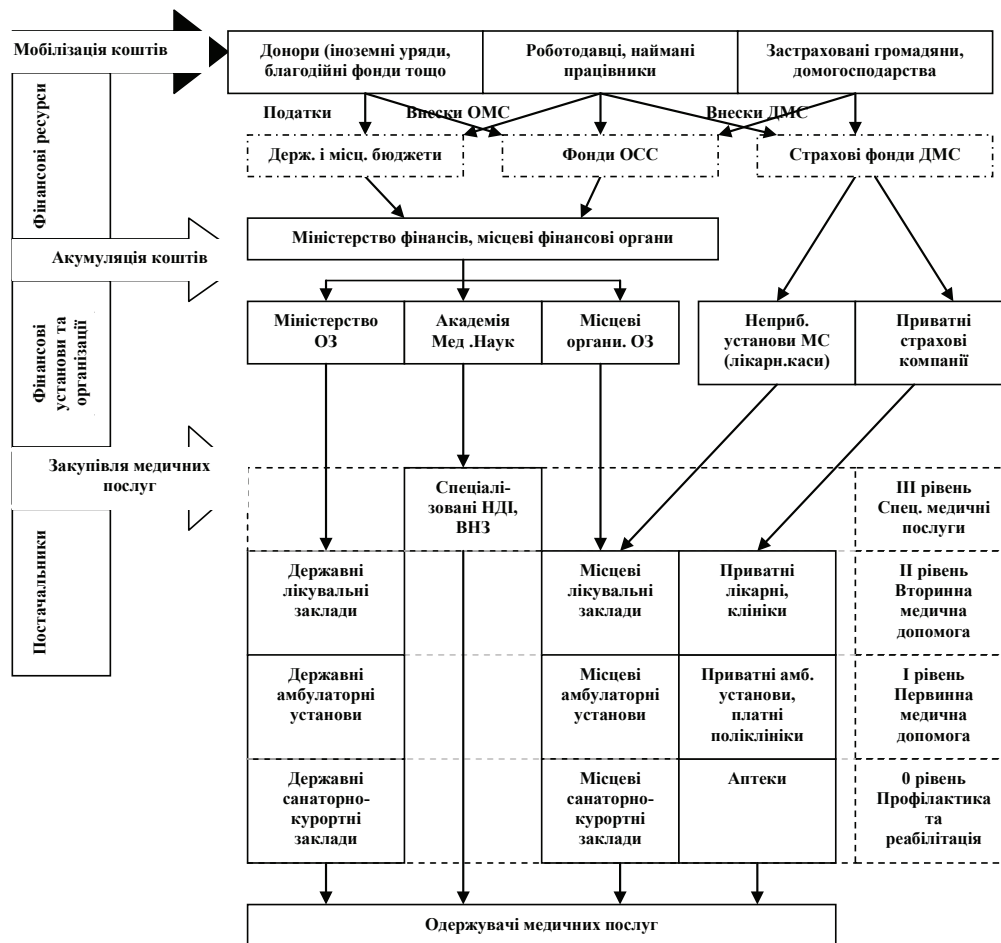


Рис. 1. Механізм фінансування охорони здоров'я в Україні

Джерело: складено автором на основі [6].

Другим завданням для механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування є аккумуляція фінансових ресурсів, яка тим чи іншим чином передбачає централізацію сплачених до бюджетів і страхових фондів коштів із метою перерозподілу та подальшого спрямування на закупівлю або відшкодування вартості медичних товарів і послуг для населення. Акумуляцію і управління коштами здійснюють як державні (міністерства, відомства, установи), так і приватні установи і організації (страхові компанії, фонди, установи). Від того, наскільки досконалою є система управління мобілізованими коштами медичного страхування, залежать ефективність і результативність (соціальна та економічна) надання медичної допомоги [8].

Управління мобілізованими коштами здійснюється уповноваженими установами через систему фондів: 1) державний і місцевий бюджети (загальний та спеціальний фонди); 2) державні фонди соціального страхування; 3) фонди страхових компаній та інших страхових установ; 4) кошториси установ охорони здоров'я (спеціальний фонд). Дві перші групи перебирають на себе управління внесками обов'язкового соціального страхування (обов'язкового медичного страхування), дві останні – внесками добровільного медичного страхування (рис. 1).

З точки зору організації управління державними коштами у сфері охорони здоров'я, то вони знаходяться у віданні Міністерства охорони здоров'я, на територіальному рівні функціонують місцеві управління охорони здоров'я, які несуть відповідальність за мережі підзвітних медичних установ, і функціонально є підзвітними Міністерству охорони здоров'я, проте з позицій фінансового забезпечення вони залежать від органів місцевого самоврядування. Щодо управління коштами приватних і неприбуткових страхових установ, то його забезпечують відповідні органи управління – у межах чинного законодавства та делегованих їхніми власниками повноважень. На рівні домогосподарств рішення щодо управління коштами, призначеними для оплати медичних послуг ухвалюють особи-власники (розпорядники) цих коштів – самостійно.

Таким чином, система управління фінансовими ресурсами медичного страхування в Україні має складний, ієрархічний характер і поєднує у собі риси централізованої та децентралізованої організацій-

ної структур, із переважанням першої, як за обсягом залучених ресурсів, так і за кількістю осіб, що є платниками внесків та одержувачами медичних послуг.

Третє завдання для механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування полягає в закупівлі медичних послуг, яка відбувається за рахунок спрямування коштів страхових фондів постачальникам медичних послуг із метою задоволення потреб населення. Найважливішим етапом процесу закупівель є, по-перше, механізми закупівель, і, по-друге, стан і структура ринку (у разі його наявності), оскільки саме ринкове ціноутворення дозволяє оптимізувати вартість і забезпечити належну якість медичних послуг [9].

Закупівля переважної частки медичних послуг в Україні проводиться державою (місцевим самоврядуванням) у закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній (комунальній) власності, тобто, фактично за допомогою механізмів «традиційного» кошторисного фінансування. Механізм розрахунку з постачальниками за послуги базується на встановлених Міністерством фінансів нормативах і переліку послуг, затверджених Міністерством охорони здоров'я. Міністерство фінансів і його регіональні підрозділи щорічно інформують Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи охорони здоров'я про граничні обсяги асигнувань на наступний бюджетний рік, виходячи з яких встановлюються асигнування установ охорони здоров'я, які на цій основі складають кошториси – з розподілом загальної суми згідно бюджетних призначень [10].

Закупівлі медичних послуг приватними страховими компаніями можуть здійснюватися за допомогою: повної оплати (відшкодування) або часткової оплати (компенсації) вартості лікування в приватних (державних) установах охорони здоров'я на конкурентних (із вибором кращого співвідношення ціна/якість) або альтернативних (за вибором застрахованої особи), або безальтернативних (неконкурентних) засадах. За умов відсутності в Україні справжнього ринку медичних послуг – із повним їх спектром, ціною, сервісною й технологічною конкуренцією – попит на якісні та недорогі послуги перевищує пропозицію, а отже, змушує страхові компанії збільшувати тарифи, що є суттєвою перешкодою на шляху розвитку системи добровільного медичного страхування. З іншого боку, можливості розвитку ринку добровільного медичного страхування стримуються значно нижчим, аніж у розвинених країнах платоспроможним попитом, а отже, закупівельні механізми приватного медичного страхування працюють в умовах «квазі-ринку», які не дозволяють забезпечити кращі умови та належні гарантії надійності захисту від ризиків для здоров'я громадян.

«Закупівля медичних послуг» у вітчизняних лікарняних касах носить, певною мірою, умовний характер, оскільки ці установи організовано біля закладів охорони здоров'я, а отже, процедура закупівлі передбачає лише той перелік послуг, тієї якості й за тією ціною, яку може запропонувати установа-власник (засновник) лікарняної каси.

Дещо гнучкішим виглядає механізм закупівель через пряму оплату медичної допомоги: 1) повна оплата отриманих послуг (наприклад, стоматологічних); 2) часткова оплата медичних послуг (за лікарські засоби, окремі процедури, спеціальне обслуговування тощо). Проте, в умовах державної монополії на надання медичної допомоги, неодмінно виникає проблема «неофіційних платежів» за медичні послуги, які поступово витісняють «офіційні», а отже, скорочують ресурсну базу системи охорони здоров'я, й, тим самим, погіршують доступ до медичного обслуговування [11].

В Україні співіснують декілька механізмів закупівлі медичних послуг: 1) планово-нормативний (кошторисний, державно-монополістичний), 2) ринковий (комерційний, конкурентний), 3) квазі-ринковий (некомерційний, неконкурентний), 4) тіньовий (неофіційний, корупційний). Очевидно, що економічна ефективність механізму фінансового забезпечення надання послуг охорони здоров'я буде залежати від співвідношення між цими складовими. У випадку домінування 1-го та 2-го видів механізмів (за умов їх збалансованості) галузь охорони здоров'я отримає потужну ресурсну базу, здатну гарантувати застрахованим особам захист від ризиків. Якщо ж переважає один із механізмів (як це має місце в Україні), фінансова стабільність механізму стає помітно меншою, оскільки у кінцевого споживача немає вибору.

Таким чином, комплексна розбудова та покращення фінансового забезпечення медичного страхування передбачає поєднання у єдиному механізмі як державного, так і приватного фінансування, диверсифікацію джерел доходів, формування системи координації дій і спільного управління коштами медичного страхування. Для систематизації сприятливих і несприятливих чинників, що впливають на розвиток фінансового забезпечення медичного страхування в Україні, здійснено SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування системи фінансування надання медичних послуг (табл. 2).

Результати проведеного SWOT-аналізу, що визначальним чином впливають на фінансове забезпечення української системи медичного страхування засвідчують:

– наявність досить високого потенціалу для розвитку обов'язкового медичного страхування і добровільного медичного страхування на основі комплексної стратегії, поєднання державного та приватних механізмів залучення фінансових ресурсів;

Таблиця 2

SWOT-аналіз стану системи фінансування медичного страхування в Україні

Чинники	Сприятливі	Несприятливі
	S – Сильні боки	W – Слабкі боки
Внутрішні	<ul style="list-style-type: none"> – гостра потреба галузі в залученні додаткових ресурсів шляхом надання доступних та якісних послуг; – наявність багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я; – швидке зростання загальних витрат на охорону здоров'я; – динамічно зростаючий ринок добровільного медичного страхування; – порівняно невисокий рівень ставок обов'язкового соціального страхування; – наявність концептуальних розробок у сфері нормативного регулювання обов'язкового медичного страхування. 	<ul style="list-style-type: none"> – недосконалість чинної нормативно-правової бази; – застаріла та незбалансована система фінансового забезпечення надання медичних послуг; – надмірний рівень концентрації фінансових ресурсів у державному секторі; – відсутність дієвих стимулів розвитку обов'язкового медичного страхування і добровільного медичного страхування; – недостатній рівень розвитку інституціонального середовища; – відсутність програми довгострокового розвитку медичного страхування в Україні; – нерозвиненість системи фінансового контролю
	O – Можливості	T – Загрози
Зовнішні	<ul style="list-style-type: none"> – ухвалення нормативно-правової бази обов'язкового медичного страхування і подальший розвиток – добровільного медичного страхування; – залучення громадян до участі у страхових програмах обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування; – вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я; – удосконалення системи управління фінансовими ресурсами медичного страхування. 	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність політичної волі для впровадження обов'язкового медичного страхування; – значний спротив з боку споживачів медичних послуг; – несприятлива демографічна ситуація, скорочення загальної бази обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування; – високий рівень ризиків в економіці та суспільстві; – низький платоспроможний попит з боку споживачів послуг добровільного медичного страхування; – нестабільність фіскального та страхового законодавства (системи регулювання медичного страхування); – неконтрольоване зростання цін на послуги, в т.ч. медичне страхування.

Джерело: розроблено автором.

– серед чинників, що протидіють реалізації потенціалу системи медичного страхування в Україні основну роль відіграють загальноекономічні (і частково політико-економічні) та соціальні, а отже, удосконалення медичного страхування слід розглядати у подальшому як обов'язкову складову реформування не лише систем соціального страхування або соціального захисту, але й охорони здоров'я, страхового ринку, державних фінансів і національної економіки загалом;

– розвиток медичного страхування сприятиме створенню більш стійкої до внутрішніх і зовнішніх ризиків системи фінансового забезпечення охорони здоров'я, створить фінансові та матеріальні передумови для модернізації галузі, підвищення доступності та якості медичних послуг.

Висновки. Підсумовуючи усе зазначене вище можна сказати, що сучасний стан вітчизняної системи фінансового забезпечення охорони здоров'я та її підсистеми – медичного страхування, у яких поєднано всі механізми фінансування (бюджетні, державно-страхові, приватно-страхові, ринкові та тіньові) вимагає розгляду альтернативних варіантів реформування фінансових основ страхової медицини, визначення соціально прийнятних та економічно здійснених принципів, підходів, критеріїв, інструментів і шляхів реалізації заходів щодо реформування галузі. Тому ми підтримуємо можливість застосування в Україні стратегічного підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо реформування механізму фінансування медичного страхування на основі виконання трьох послідовних завдань: мобілізації коштів, акумуляції фінансових ресурсів, закупівлі медичних послуг. Така стратегія наблизить принципи фінансового забезпечення медичного страхування України до європейських стандартів, у пріоритеті яких забезпечення високого рівня здоров'я населенню.

Література:

1. The European health report 2012 : charting the way to well-being: WHO Regional Office for Europe. – http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf

2. Конституція України: Відомості Верховної Ради України, 1996, №30, ст. 141. – [Електронний ресурс]. – [Режим доступу]: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254B>

3. Мельник-Бантон О. П. Фінанси сфери охорони здоров'я в ХХІ столітті / О. П. Мельник-Бантон // *Наук. вісн. Нац. у-ту держ. податк. служби України (економіка, право)*. – 2009. – №4. – С. 82–90.
4. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / К. Вишньовська // *Світ фінансів*. – 2008– №3 (16). – С. 78–85.
5. Томсон С. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения: Серия исследований Обсерватории; Вып.17 / С. Томсон, Т. Фобистер, Э. Моссиалос. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 241 с. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/12
6. Tarantino L. Ukraine Health System Assessment 2011. Health Systems 2020 Project / L. Tarantino, S. Chankova, J. Rosenfeld, S. Routh, E.Preble. – Bethesda, MD: Abt Associates, 2011. – 154 p. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.healthsystems2020.org/files/82461_file_Ukraine_HSA_Report_FINAL.pdf
7. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
8. Кутцин Дж. Политика финансирования здравоохранения: рук. для лиц, принимающих решения: стратег. док. по вопр. финансирования здравоохран. / Дж. Кутцин. – Женева: ЕРБ ВОЗ, 2008. – 35 с. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf
9. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // *Віче*. – 2008.– №5. – С. 26-28.
10. Федосов В. М. Бюджетна система / За ред. В. М. Федосова, С. І. Юрія. – Тернопіль : Економічна думка, 2012. – 871 с.
11. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні. – Донецьк : Видавець Заславський О.Ю., 2009. – 160 с.