

К. В. Павлюк, О. В. Степанова

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ В СИСТЕМІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На сучасному етапі розвитку, за економічної й фінансової нестабільності у світі, загострилися проблеми функціонування систем охорони здоров'я, що зумовлює нагальність пошуку оптимальних шляхів організації та фінансування медичної допомоги, зокрема на засадах децентралізації. З метою виявлення й надання оцінки тенденцій і механізмів децентралізації систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах, котра є одним із елементів їх реформування та можливостей адаптації їх досвіду при побудові відповідної стратегії в українських реаліях, у статті розглянуто теоретичне підґрунтя децентралізації як напрямку теорії економіки суспільного сектору, її переваги й недоліки в умовах домінування різних систем охорони здоров'я, а також імовірні ризики. Визначено чинники імплементації відповідної стратегії у сфері охорони здоров'я, основні форми, рівень децентралізації ключових функцій у медичній сфері. Проаналізовано моделі децентралізації організації та фінансування систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах із різними домінуючими механізмами фінансування. Прیدілено увагу процесам рецентралізації в окремих країнах Європи і світу, наведено їх основні причини. Розкрито можливості адаптації зарубіжного досвіду до українських реалій.

Ключові слова: децентралізація, охорона здоров'я, медична допомога, фінансування, рецентралізація, бюджетна система.

Табл. 4. Рис. 1. Літ. 26.

К. В. Павлюк, Е. В. Степанова

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ В СИСТЕМЕ ФІНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На современном этапе развития, при экономической и финансовой нестабильности в мире, обострились проблемы функционирования систем здравоохранения, что обуславливает неотложность поиска оптимальных путей организации и финансирования медицинской помощи, в частности на основе децентрализации. С целью выявления и оценки тенденций и механизмов децентрализации систем здравоохранения в зарубежных странах, которая является одним из элементов их реформирования и возможностей адаптации их опыта при построении соответствующей стратегии в украинских реалиях, в статье рассмотрены теоретическое основание децентрализации как направления теории экономики общественного сектора, ее преимущества и недостатки в условиях доминирования различных систем здравоохранения, а также вероятные риски. Определены факторы имплементации соответствующей стратегии в сфере здравоохранения, основные формы, уровень децентрализации ключевых функций в медицинской сфере. Проанализированы модели децентрализации организации и финансирования систем здравоохранения в зарубежных странах с различными доминирующими механизмами финансирования. Уделено внимание процессам рецентрализации в отдельных странах Европы и мира, приведены их основные причины. Раскрыты возможности адаптации зарубежного опыта к украинским реалиям.

Ключевые слова: децентрализация, здравоохранение, медицинская помощь, финансирование, рецентрализация, бюджетная система.

Klavdiia Pavliuk, Olena Stepanova

**DECENTRALIZATION IN HEALTHCARE
FINANCING SYSTEM**

At the present stage of development accompanied by economic and financial instability in the world, problems of healthcare systems functioning has exacerbated, which has led to necessity of an urgent search of optimal ways of healthcare organization and financing, in particular on the basis of decentralization. The paper deals with theoretical basis of decentralization as a direction of the social sector economy theory, its advantages and disadvantages in terms of dominance of different healthcare systems, as well as possible risks in order to identify and to assess trends and mechanisms of healthcare system decentralization in foreign countries, which is one of the elements of reformation and adaptation of their experience in construction of an appropriate to Ukrainian realities strategy. It is defined main factors of implementation of the relevant healthcare system strategy, basic forms, and level of decentralization of key functions in medical sphere. Models of decentralization of healthcare system organization and financing in foreign countries with different dominant financing mechanisms are analyzed. Particular attention is paid to recentralization processes in some European and other foreign countries. The possibility of adaptation of foreign experience to Ukrainian realities is revealed.

Keywords: decentralization, healthcare, medical care, financing, recentralization, budget system.

JEL classification: H50, H51, H72.

Система охорони здоров'я належить до базових соціальних інститутів функціонування сучасного суспільства. На нинішньому етапі розвитку глобальними викликами, що постали перед більшістю таких систем, є забезпечення їх фінансової стійкості й керованості в умовах постійного зростання витрат на цю галузь та обмеження доступу певних груп населення до медичної допомоги. Окреслені проблеми актуальні для більшості країн світу, незалежно від обраної моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я, що пов'язано зі збільшенням потреб населення у кваліфікованій, якісній і доступній медичній допомозі, швидкими темпами розвитку медичних технологій, підвищенням тривалості життя населення.

Унаслідок світової фінансово-економічної кризи загострилися проблеми функціонування систем охорони здоров'я та постала нагальна потреба в пошуку оптимальних шляхів організації й фінансування медичної допомоги. Найчастіше зазначене стає імпульсом до реформування системи охорони здоров'я. В Україні активно розробляються концептуальні орієнтири такого реформування, яке спрямоване на підвищення якості медичної допомоги, побудову ефективної системи охорони здоров'я, зокрема за рахунок зміни джерел фінансування та принципів розподілу ресурсів і повноважень між суб'єктами її інституційної структури в контексті імплементації засад децентралізації державного управління.

В оприлюдненому Міністерством охорони здоров'я України у 2014 р. проєкті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я визначені завдання децентралізації [1]. Значущість останніх вказує на необхідність пошуку адекватних механізмів її формування й імплементації в медичній сфері, що ґрунтуються на вивченні міжнародного досвіду.

За декілька останніх десятиліть механізми децентралізації в системі охорони здоров'я впроваджувалися в багатьох країнах. Однак дискусії в наукових і професійних колах щодо переважної ефективності виконання різних функцій із організації, фінансування та адміністрування надання медичної допомоги на державному, регіональному й місцевому рівнях тривають. Теоретичні обґрунтування впровадження децентралізації в управлінні та фінансуванні системи охорони здоров'я зазвичай базуються на результатах оцінки її переваг і недоліків (табл. 1).

Теоретичне підґрунтя децентралізації розроблено як напрям теорії економіки суспільного сектору, закладеної у фундаментальних наукових працях Ч. Тібу, Р. Масгрейва та У. Оутса [2–4]. Зокрема, американський економіст У. Оутс першим сформулював теорему про децентралізацію та визначив, що таке рішення є результатом досягнення компромісу між її перевагами й витратами. Згідно з цією теоремою, крім суспільних благ, призначених для всього суспільства, існують локальні суспільні блага, котрі споживаються географічно локалізованою територіальною громадою. У сфері охорони здоров'я організаційно-економічні засади децентралізації досліджували К. Врангбек, Д. Родіnellі, Р. Салтман, Ш. Чіма [5–10], які доводять, що рівень влади, найближчий до споживачів медичних послуг, здатен забезпечити ефективніше витрачання бюджетних коштів для задоволення потреб у медичній допомозі місцевих громад. Зазначене дає змогу регіональним і місцевим органам влади адекватно враховувати конкретні потреби місцевого населення та отримувати вигоди від реалізації цих медичних послуг шляхом оптимізації внесків до регіональних і місцевих бюджетів та витрат на виробництво локальних суспільних благ [8].

Основним аргументом на користь впровадження механізмів децентралізації системи охорони здоров'я є поліпшення якості медичної допомоги для населення, охоплення послугами та реагування медичних закладів на потреби місцевої громади. Місією стратегії децентралізації у сфері охорони здоров'я більшість країн визнають також підвищення стійкості та стабільності системи фінансування охорони здоров'я, транспарентності прийняття управлінських рішень у галузі, ефективності функціонування медичних установ.

Однак специфіка медичної послуги як суспільного блага, складність механізму функціонування системи охорони здоров'я, відмінність принципів фінансування й організації надання медичної допомоги в різних країнах не дають змоги безпосередньо адаптувати зарубіжний досвід та впровадити всі його інструменти в українську практику. Без визначення такої комплексної системи причинно-наслідкової взаємодії проект децентралізації управління в цій галузі може не досягти бажаних результатів або навіть стати причиною розпаду системи охорони здоров'я. Разом із тим, доцільно врахувати такі чинники імплементації стратегії децентралізації у сфері охорони здоров'я [11]:

Таблиця 1. Переваги й недоліки децентралізації в умовах домінування різних механізмів фінансування системи охорони здоров'я

Чинник	Механізм фінансування системи охорони здоров'я		
	Страховий	Бюджетний	Приватний
Депривація та рівність доступу до медичних послуг	Складний механізм регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Рівень охоплення населення медичною допомогою, а також територіальний і фінансовий доступ до медичних послуг може бути відмінним у різних адміністративно-територіальних громадах. Децентралізація може призвести до збільшення прямих витрат населення на медичну допомогу та страхових внесків у адміністративно-територіальних громадах із низьким рівнем економічного розвитку. Перехресне субсидування є важливим механізмом та потребує впровадження відповідних інструментів регулювання страхового ринку, завданням яких є захист населення від "виключення" із системи охорони здоров'я	Вища ефективність регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Децентралізація може спричинити розбіжність у якості й доступі до медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами), а також упровадження регіональними (місцевими) органами влади механізмів співфінансування громадською владою медичних послуг. Перехресне субсидування на демографічній основі може бути під загрозою у зв'язку з уведенням вибору постачальника медичних послуг	Низький рівень регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Приватне фінансування та страхування забезпечують високу прибутки для медичних установ та є причиною постійного зростання вартості медичних послуг і посилення нерівності фінансового й територіального доступу різних територіальних громад до медичної допомоги. Децентралізація зумовлює різні рівні цін на медичні послуги, що є фактором зростання нерівності між регіонами. Відмінні рівні внесків і витрат на фінансування медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами) спричиняють більшу несправедливість та меншу доступність системи охорони здоров'я загалом
Виклики децентралізації	Обмежений потенціал стримування постійно зростаючих витрат на медичну допомогу. Проблеми забезпечення рівномірного охоплення населення медичною допомогою в різних регіонах. Об'єднання ризиків, що не дає змоги уникнути селективної політики в наданні медичної допомоги та доступу до відповідних страхових пакетів. Проблеми доступу до системи страхування й медичної допомоги окремих вразливих груп населення та складність забезпечення судільного охоплення медичною допомогою всього населення країни	Проблеми забезпечення високої якості медичних послуг у різних муніципальних медичних установах. Потенціал комерціалізації системи охорони здоров'я шляхом передання окремих функцій на аутсорсинг та зовнішнє управління. Обмежені можливості вибору постачальника медичних послуг. Чималі рівні доступу до високоспеціалізованої медицини третього рівня	Розподіл на ринковій й неринковій медичні послуги. Значна комерціалізація сфери охорони здоров'я. Висока залежність споживачів від переліку та складу медичних послуг за контрактом, який має істотні відмінності від рівня економічного розвитку регіону. Різні рівні ризику особистого фінансового краю наслідок неможливості оплати медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами)
Переваги децентралізації	Такі механізми фінансування системи охорони здоров'я є менш вразливими до зміни обсягів і якості надання медичної допомоги. Низький рівень політизації процесу прийняття управлінських рішень щодо організації, адміністрування та фінансування медичних послуг. Близькість територіальної громади й осіб, котрі приймають управлінські рішення, зумовлює посилення громадського контролю та ефективності використання ресурсів	Ефективність інструментів стримування зростання витрат на медичну допомогу. Вища транспарентність та керованість управлінських рішень та керування системою охорони здоров'я. Більша політична відповідальність за систему охорони здоров'я на регіональному й місцевому рівнях	Швидке реагування системи охорони здоров'я на потреби територіальної громади. Потенціал формування доступу територіальної громади до інноваційних медичних послуг, які відсутні в регіональній (муніципальній) системі охорони здоров'я. Вищий рівень мотивації персоналу медичних установ

Джерело: Saltman R. B. Decentralization in health care: strategies and outcomes / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbek ; World Health Organization, 2007. — 298 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98_275/E89_891.pdf.

1) децентралізація є терміном, що вживається стосовно широкого кола організаційних механізмів і процесів, кожен із яких може по-різному впливати на функціонування системи охорони здоров'я;

2) функціонування системи охорони здоров'я є складним, багатограним процесом, котрий включає чимало різновекторних аспектів, і на кожен із них децентралізація може впливати неоднаково;

3) взаємозв'язок окремих форм децентралізації та аспектів діяльності системи охорони здоров'я може бути непрямим або нечітко вираженим, а також ускладнюватися тим фактом, що децентралізація є лише одним із багатьох груп чинників, який має вплив на організацію й фінансування системи охорони здоров'я;

4) планування та реалізація заходів щодо децентралізації у сфері охорони здоров'я мають відповідати загальним концептуальним засадам децентралізації в усій країні;

5) децентралізація у сфері охорони здоров'я великою мірою залежить від ролі держави у фінансуванні системи, регламентації діяльності та організації надання медичної допомоги.

Як показує зарубіжний досвід, децентралізація у сфері охорони здоров'я може бути реалізована в різних формах (рис. 1) [12]. Деконцентрація влади означає, що в процесі перерозподілу повноважень усередині системи державної влади за ієрархією функції управління передаються від центральних органів підпорядкованим державним структурам, не ослабляючи при цьому вертикальної ієрархії системи державної влади, залишаючи місцеві органи влади в підпорядкуванні центральних органів. При цьому місцеві органи є регіональними департаментами центральних органів управління, яким можуть надаватися владні повноваження для ухвалення самостійних рішень.

Деволуція передбачає передання повноважень від державних органів управління, котрі функціонують автономно, органам місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. За таких умов незалежні місцеві органи самоврядування самостійно приймають рішення щодо надання визначеного обсягу медичних послуг населенню відповідної якості згідно зі сформованим фінансовим пулом ресурсів. Делегування функцій і повноважень застосовується у випадках встановлення відповідальності місцевих органів влади за забезпечення відповідної територіальної громади населення медичною допомогою при збереженні підзвітності центральному уряду. Дивестиція — це безпосереднє передання функцій планування та надання медичної допомоги від владних інститутів організаціям неурядового некомерційного й комерційного секторів у сфері охорони здоров'я. Слід зазначити, що дивестиція не є ні основною, ні найважливішою формою децентралізації, оскільки лише опосередковано пов'язана з діяльністю системи місцевого самоврядування.

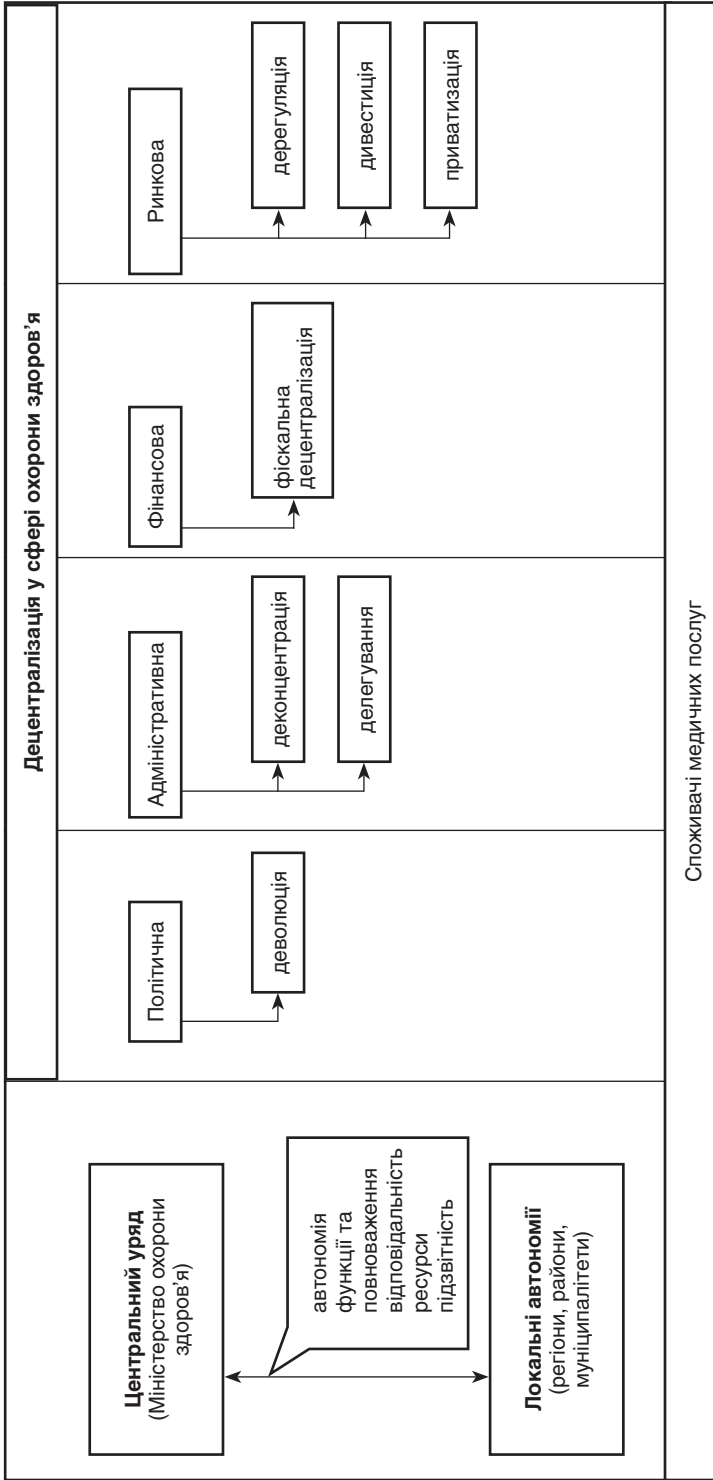


Рис. 1. Концептуальна схема децентралізації в системі охорони здоров'я

Джерело: Prianto V. Decentralization in the Provision of Health Care Services: Study on the Provision of Regional Health Insurance (Jamkesda) In Malang Regency East Java Province / В. Prianto, В. Supriyono, S. Soeaidy // Public Policy and Administration Research. — 2014. — Vol. 4, No 10. — P. 57—71 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/PPAR/article/view/16421/16912>.

Децентралізація є одним із елементів реформування системи охорони здоров'я, що впроваджується в багатьох країнах світу. Це найефективніший спосіб удосконалення функціонування системи охорони здоров'я, котрий дає змогу оптимально розподіляти ресурси, гнучко й швидко реагувати на нові обставини. Децентралізована система управління перерозподіляє економічну й соціальну відповідальність як між різними рівнями управління (державним, регіональним, місцевим), так і між окремими функціями фінансування, організації надання медичної допомоги, уможливорює застосування регіонального підходу до розроблення загальнодержавних програм, створює умови для формування міжсекторальних підходів в управлінні охороною здоров'я населення [13]. У більшості країн механізми децентралізації імплементовані в загальну стратегію розвитку системи охорони здоров'я, що, у свою чергу, обумовлює їх відмінну роль у фінансуванні, організації та адмініструванні галузі (табл. 2).

Таблиця 2. Децентралізація основних функцій у сфері охорони здоров'я

Рівень децентралізації	Функції		
	адміністрування, організація та планування системи охорони здоров'я	джерела фінансування системи охорони здоров'я та форми збору платежів	надання медичної допомоги та форма власності на медичні установи
<p>Централізація</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Децентралізація</p>	<p>Державна система організації, планування й адміністрування системи охорони здоров'я.</p> <p>Офіційне державне передання прав, обов'язків і повноважень щодо адміністрування та організації медичної допомоги.</p> <p>Централізоване державне замовлення у сфері охорони здоров'я.</p> <p>Регіональні планування, адміністрування та мережі медичних установ.</p> <p>Місцеві/муніципальні планування, адміністрування та мережі медичних установ.</p> <p>Механізм опосередкованого державного регулювання квазіринку охорони здоров'я.</p> <p>Пряме ринкове регулювання квазіринку охорони здоров'я з індивідуальним приватним вибором страхових організацій і медичних установ</p>	<p>Державна система оподаткування (загальна та/або адресні цільові податки для фінансування охорони здоров'я).</p> <p>Обов'язкові внески до національного фонду соціального медичного страхування.</p> <p>Регіональна система оподаткування.</p> <p>Обов'язкові внески до регіонального фонду соціального медичного страхування.</p> <p>Місцева/муніципальна система оподаткування.</p> <p>Обов'язкові внески до муніципальних та/або галузевих фондів соціального медичного страхування й лікарняних кас.</p> <p>Добровільні внески до місцевих приватних фондів медичного страхування та лікарняних кас.</p> <p>Приватне фінансування медичних установ і медичних послуг за рахунок власних коштів населення</p>	<p>Державна система охорони здоров'я.</p> <p>Державні власність і контроль.</p> <p>Регіональні власність та контроль.</p> <p>Місцеві/муніципальні власність і контроль.</p> <p>Приватні медичні установи мають державне соціальне замовлення або угоди з лікарнями касами та іншими страховими медичними організаціями, зокрема державними й муніципальними (внутрішня структура таких мереж медичних установ може бути певною мірою централізована).</p> <p>Приватні автономні медичні установи</p>

Джерело: Saltman R. B. Decentralization in health care: strategies and outcomes / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbek ; World Health Organization, 2007. — 298 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98_275/E89_891.pdf.

Нижче наведені моделі децентралізації, котрі найчастіше впроваджуються у сфері охорони здоров'я [11]:

1) децентралізація до рівня місцевих органів влади, що включає передання повноважень місцевим органам влади, які зазвичай великою мірою не залежні від національних органів щодо визначеного переліку функцій;

2) децентралізація до нижчого рівня управління в рамках міністерства охорони здоров'я. Зокрема, повноваження можуть передаватися різним органам на різних рівнях, органам охорони здоров'я на рівні окремої адміністративно-територіальної одиниці стосовно стандартизації й регламентації управління медичними установами;

3) децентралізація до рівня медичних установ та всередині таких установ. Наприклад, національним високоспеціалізованим медичним установам і клінікам при вищих навчальних закладах можуть надаватися глобальні бюджети та чималі повноваження з управління цими установами та їхнім персоналом, а також фандрейзингу (акумуляції додаткових фінансових ресурсів для медичної установи);

4) децентралізація до рівня фондів соціального страхування. В окремих країнах визначено умови, за яких фонди страхування мають істотну автономію на місцевому рівні та регламентують функціонування регіональної системи охорони здоров'я.

Отже, оптимальне втілення теорема децентралізації в практиці країн із альтернативними бюджетними системами, а також механізмами фінансування системи охорони здоров'я стало серйозною політичною, економічною й фінансовою проблемою, котра досі не має однозначного розв'язання. Ще більше вона актуалізується внаслідок поглиблення фінансово-економічної кризи, котра призвела до істотних змін у структурних взаємозв'язках усіх національних економічних систем та зниження стабільності фінансового механізму систем охорони здоров'я.

Механізми децентралізації можуть бути впроваджені на кожному з трьох етапів фінансування галузі. Як правило, їх отримують від фізичних осіб, організацій і підприємств, іноді від спонсорів за межами країни. Ресурси можуть бути зібрані за рахунок загального державного та/або регіонального оподаткування (бюджету) чи спеціального оподаткування; внесків обов'язкового або добровільного медичного страхування; прямих платежів населення [14]. Прямі й непрямі внески стягуються на загальнодержавному, регіональному й місцевому рівнях. Об'єднання фінансових ресурсів у пули є процесом акумулювання та управління ними для гарантування того, що фінансовий ризик, який виникає через необхідність оплатити медичну допомогу, поширюється на всіх учасників пулу, а не лише на хворих осіб. Головною метою такого об'єднання ресурсів є розподіл фінансового ризику, пов'язаного з необхідністю споживання медичних послуг [15]. Виокремлюють три основних способи оплати медичної допомоги: 1) надання коштів державою безпосередньо власним постачальникам медичних послуг (інтеграція закупівель та забезпечення медичними послугами) за рахунок бюджетних ресурсів та, іноді, страхових внесків; 2) надання інституційно відокремленим агентством закупівель (приміром, фондом медичного страхування чи урядовим органом) медичних послуг від

імені населення (розподіл функцій між покупцем і постачальником); 3) оплата громадянами наданих медичних послуг безпосередньо постачальнику [14].

Фінансова децентралізація сфери охорони здоров'я навіть у країнах зі схожими домінуючими механізмами фінансування може помітно відрізнятися, оскільки фінансування такої галузі — це не лише залучення коштів, а й об'єднання фінансових ресурсів у пули та закупівля медичних послуг (табл. 3). Так, найбільші серед досліджуваних країн загальні витрати на охорону здоров'я були у 2013 р. у США та становили 17,1 % ВВП. Високим рівень цих витрат був також у Нідерландах (12,89 % ВВП), Франції (11,66 %), Швейцарії (11,47 %) й Німеччині (11,3 %). Найбільшу роль у фінансуванні системи охорони здоров'я держава відіграє в Данії (85,36 % загальних витрат на охорону здоров'я), Норвегії (85,46 %) та Великобританії (83,56 %) [16]. Перевагами державного фінансування є: контроль коштів та забезпечення реалізації загальнонаціональних пріоритетів, головний із котрих — доступність медичної допомоги. Централізовані системи дають змогу досить ефективно стримувати зростання витрат на охорону здоров'я. Очевидно, що бюджетна система має як переваги, так і недоліки, проте аналіз різних систем охорони здоров'я показує, що застосування інших моделей також пов'язане з виникненням цілої низки проблем [17].

Характерною формою децентралізації організації й фінансування системи охорони здоров'я у Великобританії є деволуція, що включає розподіл повноважень між центром і регіонами. На відміну від процесу децентралізації у сфері охорони здоров'я в інших країнах, зокрема Німеччині та США, умови розподілу повноважень не закріплені законодавством та конституцією, що зберігає основну владу в центрі, в т. ч. у сферах державної політики й регулювання медичної діяльності.

Незважаючи на бюджетне фінансування галузі по всій країні, найвищу доступність медичних послуг у Європі та їх надання переважно державними установами, в різних регіонах Великобританії деволуція проявляється неоднаково [17]. Так, Англія впроваджує ринкову модель управлінських реформ із метою підвищення якості медичних послуг, тоді як Шотландія й Уельс знижують ринкову децентралізацію в цій сфері та роль приватних медичних закладів. Окрім цього, у Шотландії є безкоштовне соціальне медичне обслуговування, а в Уельсі та Північній Ірландії населенню оплачуються деякі ліки [11].

Фінансовим базисом деволуції у сфері охорони здоров'я у Великобританії є блокові гранти регіонам від національного уряду. Обмеження за напрямками їх використання чи за зобов'язаннями практично відсутні, проте спеціальна формула розподілу ресурсів (так звана формула Барнета) викликає нарікання та потребує зміни [17].

Отже, в країнах із переважно державним фінансуванням системи охорони здоров'я більшість адміністративних, а також окремі політичні й фіскальні

Таблиця 3. Світовий вимір побудови механізмів фінансування систем

Країни ОЕСР	Загальні витрати на охорону здоров'я, % ВВП	Державні витрати на охорону здоров'я, % загальних витрат на ці потреби	Соціальне медичне страхування, % державних витрат на охорону здоров'я	Приватне медичне страхування, % приватних витрат на охорону здоров'я
Австралія	9,44	66,61	—	25,36
Австрія	11,03	75,75	55,09	18,51
Бельгія	11,19	75,80	85,54	16,92
Канада	10,86	69,8	1,92	41,05
Чехія	7,24	83,30	92,68	1,34
Данія	10,62	85,36	—	12,10
Фінляндія	9,40	75,28	18,99	8,39
Франція	11,66	77,54	95,13	58,74
Німеччина	11,30	75,00	70,4	40,26
Угорщина	8,05	63,57	83,33	7,08
Ісландія	9,06	80,46	39,56	—
Ірландія	8,92	67,67	—	41,31
Італія	9,09	78,03	—	4,51
Японія	10,30	82,07	86,98	13,95
Республіка Корея	7,17	53,38	77,80	13,04
Мексика	6,24	51,74	55,12	8,53
Нідерланди	12,89	79,86	92,70	38,37
Нова Зеландія	9,74	83,01	10,43	28,71
Норвегія	9,57	85,46	12,20	—
Польща	6,66	69,58	86,22	2,33
Португалія	9,71	64,66	1,76	15,01
Словаччина	8,21	70,04	90,03	—
Іспанія	8,88	70,43	6,57	20,30
Румунія	5,34	79,71	82,95	0,96
Швеція	9,71	81,48	—	1,66
Швейцарія	11,47	66,00	69,17	21,03
Туреччина	5,59	77,41	64,11	—
Великобританія	9,21	83,54	—	17,07
США	17,10	47,09	87,64	63,28
Україна	7,77	54,45	0,61	2,09

Джерело: Global health expenditure database that WHO [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>; Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En).

охорони здоров'я у 2013 р.

Прямі витрати населення, % приватних витрат на охорону здоров'я	Приватні витрати, % загальних витрат на охорону здоров'я	Загальні витрати на охорону здоров'я на одну особу, дол. США	Механізм фінансового забезпечення базового охоплення медичною допомогою
57,08	33,39	4 191,09	Державна система охорони здоров'я
65,17	24,25	4 884,62	Медичні страхові фонди
82,28	24,20	4 526,08	Національна система медичного страхування
50,07	30,20	4 759,31	Муніципальна система охорони здоров'я
94,06	16,70	1 981,84	Медичні страхові фонди
87,35	14,64	4 552,40	Муніципальна система охорони здоров'я
74,99	24,72	3 604,12	
32,94	22,46	4 333,58	Медичні страхові фонди
55,57	23,19	4 811,82	
75,48	36,43	1 839,01	Державна система охорони здоров'я
92,60	19,54	3 645,82	
52,09	32,33	3 867,12	
81,97	21,97	3 126,05	
80,19	17,93	3 741,34	Медичні страхові фонди
78,59	46,62	2 398,42	Національна система медичного страхування
91,47	48,26	1 061,13	Медичні страхові фонди
41,66	12,95	5 601,11	
62,79	16,99	3 405,16	Державна система охорони здоров'я
95,95	14,54	6 307,78	Муніципальна система охорони здоров'я
74,99	30,42	1 550,72	Національна система медичного страхування
75,35	35,34	2 507,79	Державна система охорони здоров'я
73,91	29,96	2 146,56	Медичні страхові фонди
77,08	29,57	2 845,70	Муніципальна система охорони здоров'я
97,04	20,29	988,16	Національна система медичного страхування
88,13	18,52	4 243,84	Державна система охорони здоров'я
76,11	34,00	6 186,65	Медичні страхові фонди
66,32	22,59	1 053,48	Національна система медичного страхування
56,44	16,46	3 310,70	Державна система охорони здоров'я
22,33	52,91	9 145,00	Медичні страхові фонди
93,99	45,55	686,70	Державна система охорони здоров'я

функції децентралізовано з національного до регіонального рівня (адміністрування медичних установ у Норвегії починаючи з 1970 р., окремі лікарні у Швеції з 1967 р.), із регіонального до муніципального (догляд удома у Швеції з 1992 р.), із національного до муніципального (регуляторний контроль і контроль ефективності деяких лікарень у Фінляндії з 1993 р.) [18]. У країнах Південної Європи з бюджетним фінансуванням цієї галузі функції управління й організації переважно передані з національного до регіонального рівня в Іспанії та Італії. Делегування повноважень зі збору доходів зазвичай супроводжується делегуванням відповідальності за купівлю й надання послуг. Із місцевих податків значна частка витрат на охорону здоров'я фінансується в Болгарії, Данії, Італії (з 2000 р.), Норвегії, Фінляндії та Швеції [15].

Основною концепцією розвитку організації й управління шведської системи охорони здоров'я, що включає національний, регіональний і муніципальний рівні, є децентралізація. Крім деяких питань національної політики розвитку галузі, формування профільної законодавчої бази та здійснення нагляду, відповідальність за охорону здоров'я покладена на регіональні й місцеві уряди. Отже, децентралізацію управління у Швеції було проведено до рівня медичної установи [19]. Попри те, що більшість медичних установ країни є державними та перебувають у власності регіональних органів влади, вони мають певну автономію та самостійність у прийнятті управлінських рішень. Приватизація медичних установ не дістала значного поширення загалом по країні, хоча окремі регіони приватизували доволі велику їх кількість [18].

Практично кожній із досліджуваних країн доводиться раціонально використовувати обмежені ресурси, що надаються суспільством на медичну галузь, а їхнім системам охорони здоров'я — пристосовуватися до мінливих і часто конкуруючих потреб у фінансах [17]. Централізовані системи дають змогу досить ефективно стримувати зростання таких витрат, тоді як децентралізовані системи організації та фінансування охорони здоров'я, наприклад у США, не мають відповідного потенціалу. Американська модель функціонування й фінансування системи охорони здоров'я побудована на широкій політичній, адміністративній і ринковій децентралізації та домінуванні приватного медичного страхування, частка котрого у фінансуванні галузі становить близько 35 % загальних витрат на ці потреби [16].

США мають найдорожчу у світі систему охорони здоров'я, більше того, протягом декількох останніх десятиліть витрати на її утримання швидко зростають. Завдяки таким обсягам інвестицій у медичні дослідження США стали лідером за інноваціями в цій галузі. Зокрема, у 2006 р. країна отримувала 75 % загальносвітових доходів від упровадження нових біотехнологій у сфері охорони здоров'я та зазнала 82 % сукупних витрат на фінансування окресленого напрямку [20; 21].

Утім, широка децентралізація та фрагментація обмежують масштаб перехресного субсидування між багатими й бідними, а також між здоровими і хворими. Наприклад, попри високий рівень витрат на охорону здоров'я, у США фрагментованість її системи об'єднання коштів у пули вважається однією з причин неефективності галузі щодо забезпечення територіальної та фінансової доступності медичної допомоги, досягнення більшої охопленості нею населення [14]. З цієї ж причини в різних штатах частка незастрахованого населення в його загальній кількості варіює від 3,7 до 22 %. Так, у 2013 р. найменшою ця частка була в Массачусетсі (3,7 %), Гаваях (6,7 %) і Вермонті (7,2 %), а найвищою — у Флориді (20 %), Нью-Хемпширі (20,7 %), Техасі (22,1 %) [22].

За визначенням ВООЗ, системи з багатьма фрагментованими пулами фінансування є занадто витратними в управлінні та потребують додаткових механізмів координації. Аналогічним чином фрагментація проявляється в інших частинах системи охорони здоров'я — в управлінні лікарнями, при розподілі ліків і медичного устаткування [14].

Децентралізація має свої особливості й у моделях фінансування галузі на основі соціального страхування, що поєднує бюджетне та приватне фінансування. У 2013 р. соціальне медичне страхування домінувало у фінансуванні й покритті фінансових ризиків медичної галузі, зокрема у Франції (95,13 % державних витрат на охорону здоров'я), Нідерландах (92,7 %), Німеччині (70,4 %), Чехії (92,68 %) і Словаччині (90,03 %) [16]. У країнах, де переважає страховий механізм фінансування системи охорони здоров'я, більшість адміністративних і організаційних функцій, а також частина фіскальних функцій делеговані приватним некомерційним організаціям (лікарняним касам) із метою розвитку цієї сфери на засадах саморегулювання. Повноваження зі збору доходів передаються фондам медичного страхування, котрі зазвичай також здійснюють закупівлю медичних послуг. Наприклад, у Австрії — 24 таких фонди, в Бельгії — понад 100 (об'єднані в п'ять організацій взаємодопомоги), у Франції — 19, у Німеччині — 420 (об'єднаних у сім асоціацій), у Нідерландах — 30 [15].

Різні форми децентралізації були впроваджені й у країнах Центральної та Східної Європи. Так, з національної в регіональну власність були передані лікарні в Угорщині, а також у власність місцевих громад передані медичні установи в Естонії та Польщі. Поряд із тим централізовані структури фінансування медичної галузі були децентралізовані в регіональні фонди медичного страхування в Польщі, Чехії та Словаччині.

Перехід до цієї моделі фінансування потребував розв'язання низки проблем. Зокрема, інституційні проблеми виникли при впровадженні моделі обов'язкового медичного страхування, яка вимагала створення напівнезалежних квазідержавних організацій і фондів [15]. Доводилося вибирати між

медичним страхуванням на конкурентній основі та соціальним страхуванням на основі єдиного платника, між національною й децентралізованою системами збору доходів та формування пулу закупівель, квазідержавні структури отримали управлінські функції й відповідальність.

Аналіз різних аспектів децентралізації у сфері охорони здоров'я дає змогу систематизувати їх та акцентувати увагу на тому, що механізм закупівлі послуг первинної медичної допомоги в країнах Європи здебільшого делегований місцевим і регіональним органам влади. Закупівлю послуг у постачальників через механізм соціального замовлення держава здійснює лише в Нідерландах, Естонії, Чехії, Словенії, Португалії, Ірландії, Греції, Люксембургу [23].

Щодо розподілу фінансування на медичну допомогу слід зазначити, що на основі вивчення практики децентралізації в країнах Європи можна виокремити дві групи країн: із бюджетною системою фінансування охорони здоров'я, де орган управління, котрий формує бюджет галузі, несе відповідальність (наприклад, у Фінляндії та Данії розподіл фінансування на послуги первинної, спеціалізованої та громадської охорони здоров'я децентралізовано на місцевий рівень); із системою соціального медичного страхування, де певна організація регулює доходи страхових фондів (приміром, у Німеччині й Бельгії такі функції виконує уряд).

Нормативно-правове регулювання для первинної, спеціалізованої медичної допомоги та громадської охорони здоров'я здійснюється на державному рівні. Винятком є Великобританія, де воно здійснюється окремо в Англії, Шотландії, Північній Ірландії та Уельсі [23].

Поряд із перевагами децентралізованої системи охорони здоров'я доцільно назвати фактори ризику її функціонування. Це фрагментація такої системи; зменшення економічного та адміністративного потенціалу центрального урядового органу та державного сектору в окресленій сфері. Упровадження стратегії децентралізації у фінансуванні охорони здоров'я може спричинити зниження фінансової й територіальної доступності медичної допомоги, а також збільшення нерівності в її отриманні в різних адміністративно-територіальних одиницях [24]. Як доводять фахівці ВООЗ, одним із істотних ризиків, що може виникнути при децентралізації фінансування охорони здоров'я, є фрагментація системи та неможливість виконання необхідних функцій і надання відповідних медичних послуг у окремі території громаді. Зокрема, чим більше людей розділяють фінансовий ризик у такий спосіб, тим меншим він стає для кожної людини. Загалом від величини пулу залежить його здатність долати фінансові ризики [14].

Водночас децентралізація є однією з причин дублювання діяльності різних структур системи охорони здоров'я. До форм ринкової децентралізації належить приватизація медичних установ. Розвиток приватного сектору охорони здоров'я також спричиняє дублювання, яке усувається шляхом

формування регіональних ринків медичних послуг та регіонального планування. При впровадженні механізму фінансування “гроші ходять за пацієнтами”, останні матимуть можливість вибирати з-поміж різних систем і тим самим формувати діяльність медичних установ. Однак, якщо у Великобританії приватні організації охорони здоров'я беруть участь у Програмі державних гарантій та фінансуються з бюджету на узгоджений обсяг таких гарантій, то в країнах Східної Європи та Центральної Азії приватні медичні установи надають винятково платні медичні послуги [13].

Тенденції рецентралізації в системі охорони здоров'я. За визначенням Д. Норта, успіх економічного розвитку головним чином залежить від удосконалення системи інститутів [25]. Із цих позицій ефективне функціонування сфери охорони здоров'я потребує реагування на зміну базових детермінант її розвитку, а також дослідження її взаємозв'язків із політичними, соціально-економічними системами країни. За останнє десятиліття однією з таких змін стала активізація процесу рецентралізації в окремих країнах Європи і світу. У дослідженнях Р. Салтмана [9] наводяться основні причини зазначеного, а саме: демографічні проблеми розвитку суспільства, швидкі темпи продукування нових, високовартісних клінічних технологій, дедалі більші економічні обмеження фінансування зростаючих потреб населення в медичній допомозі, поява яких частково також обумовлена поширенням регіоналізації охорони здоров'я та глобалізацією економіки. Досвід таких країн, як Фінляндія, Норвегія й Данія (табл. 4), показує, що здійснення контролю прийняття управлінських рішень у цій сфері органами місцевого самоврядування призвело до посилення нерівності в доступі територіальних громад до медичної допомоги та, як наслідок, збільшення кількості вразливих груп населення в цих громадах, соціальної несправедливості.

Окрім цього, в багатьох громадах місцевий потенціал фінансування медичної допомоги є недостатнім, а управлінські рішення — неефективними й такими, що дублюють одне одне. Безумовно, впровадження електронної системи документообігу в галузі зменшило адміністративні витрати та збільшило можливості контролю ефективності системи охорони здоров'я на центральному рівні. Однак, оскільки зазначена галузь у цих країнах фінансується переважно за рахунок податкових надходжень, громадяни вимагають від медичних закладів надання високоякісних послуг, а від центрального уряду — забезпечення ефективності системи охорони здоров'я, що в умовах децентралізації адміністративно складно та потребує додаткових витрат часу.

Зокрема, у Норвегії в середині 2000-х років уряд узяв на себе політичну, адміністративну й управлінську відповідальність у цій сфері, що раніше була розподілена між 19 регіональними органами влади. У Данії національний уряд ініціював реструктуризацію системи охорони здоров'я: більшість фіскальних і політичних функцій була централізована, кількість регіональних урядових установ — скорочена (з 14 до 5), як і їхні повноваження. В Ірландії основні

Таблиця 4. Еволюція механізмів децентралізації у сфері охорони здоров'я в країнах Північної Європи

Період	Сфера реалізації	Норвегія	Швеція	Данія
До 1970-х років	Політична	Д	Д	Д
	Економічна	Д	Д	Д
	Адміністративна	Д	Д	Д
1970—2000 роки	Політична	Д	Д	Д
	Економічна	Ц	Д	Д
	Адміністративна	Д	Д	Д
Після 2000-х років	Політична	Ц	Д	ЧД
	Економічна	Ц	Д	Ц
	Адміністративна	ЧД	Д	ЧД

Умовні позначення: Ц — централізація, Д — децентралізація, ЧД — часткова децентралізація.

Джерело: Byrkjeflot H. The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors / H. Byrkjeflot, S. Neby // Journal of Health Organization and Management. — 2008. — Vol. 22, No. 4. — PP. 331—349 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.polis.no/People/http___www.emeraldinsight.com_Insight_ViewContentServlet_FileName=_published_emeraldfulltextarticle_pdf_0_250_220_401.pdf.

обов'язки з регулювання у сфері охорони здоров'я були передані на центральний рівень, а регіональні ради, котрі виконували їх раніше, — ліквідовані. На місцевому й регіональному рівнях у цих країнах залишилися тільки окремі управлінські й адміністративні форми контролю [26]. Водночас у Південній Європі спостерігається протилежна тенденція: наприклад, у Італії та Іспанії, а також країнах Балканського півострову й Бельгії децентралізація у сфері охорони здоров'я триває.

З огляду на те, що всі виявлені причини можуть бути усунуті лише в довгостроковій перспективі, Р. Салтман доводить: рецентралізація у сфері охорони здоров'я може бути тривалим структурним зрушенням у функціонуванні відповідних національних стратегій [9]. Це означає початок нових “довгих хвиль” рецентралізації в контексті посилення функцій центральних урядових установ у медичній галузі та послаблення регіональних, місцевих органів влади.

Підсумовуючи викладене, доходимо таких висновків. Розвиток сучасної системи охорони здоров'я, яка постійно балансує між потенційними витратами на неї та обмеженим економічним потенціалом країни, між необхідністю задоволення потреб населення в медичній допомозі та доцільністю збереження стійкості їх фінансування, зумовлює пошук інструментів підвищення ефективності її організації та фінансування, у т. ч. на основі розподілу функцій, повноважень і відповідальності між рівнями влади. Розробляти й упроваджувати в Україні положення децентралізації у сфері охорони здоров'я, на наш погляд, слід у контексті концептуальних засад децентралізації в країні загалом, а також після визначення основних механізмів фінансування й організації відповідної системи як складових стратегій реформування галузі.

Проведений аналіз теоретико-методичних підходів до децентралізації системи охорони здоров'я, а також практичних напрацювань у цій сфері дає змогу визначити ефективність таких інструментів у кожній країні, розроблених із урахуванням структури населення, ролі держави в цій системі, економічного потенціалу регіональних і місцевих громад, домінуючої моделі фінансування медичної галузі. Зазначене унеможливорює повну адаптацію досвіду будь-якої країни до українських реалій при побудові стратегії децентралізації.

Різні форми децентралізації в окресленій сфері, а саме політична, адміністративна, фінансова й ринкова, можуть чинити неоднаковий вплив на ефективність системи охорони здоров'я на різних ієрархічних рівнях функціонування. Фінансова децентралізація в Україні може бути впроваджена на кожному з трьох етапів фінансування цієї системи: збору коштів, об'єднання ресурсів у відповідні пули, закупівлі послуг.

Існують фактори ризику децентралізації системи охорони здоров'я. Це її фрагментація; зменшення економічного й адміністративного потенціалу центрального урядового органу та державного сектору в зазначеній сфері; втрата контролю над окремими процесами організації та фінансування медичної допомоги, певних функцій і видів медичних послуг для територіальних громад; складність адміністрування; дублювання функцій медичної допомоги в одній адміністративно-територіальній одиниці; зниження фінансової й територіальної доступності такої допомоги.

У країнах Північної Європи виявлено тенденції рецентралізації в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я, що може бути довгостроковим структурним зрушенням у відповідних національних стратегіях та означає початок нових “довгих хвиль” рецентралізації в контексті посилення функцій центральних урядових установ у медичній галузі та послаблення регіональних, місцевих органів влади.

Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України : проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html.
2. *Tiebout C. An Economic Theory of Fiscal Decentralization / C. Tiebout // Public Finances: Sources, and Utilization.* — N. J., 1961. — P. 79—96 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.nber.org/chapters/c2273.pdf>.
3. *Musgrave R. A. Public Finance in Theory and Practice / R. A. Musgrave, P. B. Musgrave.* — 3rd ed. — Auckland : McGraw-Hill, 1980. — 855 p.
4. *Oates W. Fiscal Federalism / W. Oates.* — N. Y. : Harcourt Brace Jovanovich, 1972. — 256 p.
5. Дания: обзор системы здравоохранения / М. Страндберг-Ларсен, М. Бернт Нильсен, С. Валлгарда и др. // Системы здравоохранения: время перемен. — 2007. — Т. 9. — № 6. — 250 с.

6. *Rondinelli D. A.* Decentralization in developing countries / D. A. Rondinelli, J. R. Nellis, G. Sh. Cheema // World Bank staff working papers. — 1983. — No 581. — 110 p.

7. *Салтман Р. Б.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. — М. : Геошар Медицина, 2000. — 432 с.

8. *Saltman R. B.* Decentralization in health care: strategies and outcomes / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbek ; World Health Organization, 2007. — 298 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf.

9. *Saltman R.* Decentralization, re-centralization and future European health policy / R. Saltman // European Journal of Public Health. — 2008. — Vol. 18. — No 2. — P. 104—106 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf>.

10. *Chen L. C.* Health equity in a globalizing world / L. C. Chen, G. Berlinguer // Challenging inequities in health: from ethics to action ; T. Evans et al. (eds.). — Oxford : Oxford University Press, 2001. — P. 34—44.

11. Децентрализи́зация и изменения в работе систем здравоохранения: схема для анализа / Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 1995 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141402/1/WHO_SHS_NHP_95.2.pdf?ua=1.

12. *Романюк В.* Формы и методы децентрализации / В. Романюк [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.romanyuk.com/2007/03/post_12.html.

13. *Шарабчиев Ю. Т.* Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=730>.

14. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf.

15. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под. ред. Э. Моссиалоса, А. Диксона, Ж. Фигераса, Д. Кутцина ; пер. с англ. — М : Весь мир, 2002. — 352 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf.

16. Global health expenditure database that WHO [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

17. *Садовничий В. А.* От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н. С. Григорьева, Т. В. Чубарова. — М. : Экономика, 2012. — 286 с.

18. *Alves J.* Efficiency and equity consequences of decentralization in health: an economic perspective / J. Alves, S. Peraltab, J. Perelman [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2013/pdfs/v31n1a08%20-%20Efficiency.pdf>.

19. *Prianto B.* Decentralization in the Provision of Health Care Services: Study on the Provision of Regional Health Insurance (Jamkesda) In Malang Regency East Java Province / B. Prianto, B. Supriyono, S. Soeaidy // Public Policy and Administration Research. — 2014. — Vol. 4. — No 10. — P. 57—71 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/PPAR/article/view/16421/16912>.

20. Present Status and Future Strategy for Medical Research in Europe [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/EMRC_White_Paper.pdf.

21. *Ostrewel N.* Medical research spending doubled over past decade / N. Ostrewel [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.medpagetoday.com/PublicHealthPolicy/HealthPolicy/1767&usg=ALkJrhiG8_6hgda1UcgtUyy7orEsCf.

22. Health Insurance / U. S. Census Bureau. — 2013 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2013/acs-tables.html>.

23. *Adolph C.* Allocation of Authority in European Health Policy / C. Adolph, S. Greer, E. Fonseca // *Social science and medicine*. — 2012. — Vol. 75 (9). — P. 1595—1603 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://faculty.washington.edu/cadolph/articles/aoa.pdf>.

24. Децентралізація здравоохранения — вперед в прошлое [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/ru/decentralizaciya-oxogoni-zdorovya-vpered-u-minule>.

25. В тени насилия: уроки для обществ с ограниченным доступом к политической и экономической деятельности / Д. Норт, Дж. Уоллис, С. Уэбб, Б. Вайнгаст ; пер. с англ. ; под науч. ред. А. Яковлева и Л. Полищука ; Нац. исслед. ун-т “Высшая школа экономики”. — М. : ИД ВШЭ, 2012. — 48 с.

26. *Byrkjeflot H.* The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors / H. Byrkjeflot, S. Neby // *Journal of Health Organization and Management*. — 2008. — Vol. 22. — No 4. — P. 331—349 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.polis.no/People/http___www.emeraldinsight.com_Insight_ViewContentServlet_Filename=_published_emeraldfulltextarticle_pdf_0250220401.pdf.