

УДК 351:61.001.12/.18

Ніна Д. Чала

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

**ИНСТИТУЦИОННЫЙ РОЗВИТОК ЯК БАЗИС ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Статтю присвячено дослідженню впливу інституційного розвитку на функціонування механізму фінансування охорони здоров'я. Стаття містить базові положення інституційної теорії Д. Норта у її прикладному аспекті щодо аналізу механізму фінансування охорони здоров'я в Україні. Вказано на «вузькі місця» існуючого фінансування охорони здоров'я та виявлено слабкі місця запропонованих інституційних змін механізмів фінансування охорони здоров'я.

Ключові слова: інституційний розвиток, фінансування, охорона здоров'я

Ніна Д. Чала

Национальный университет «Киево-Могилянская академия»

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ КАК БАЗИС ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕХАНИЗМА ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Статья посвящена исследованию влияния институционального развития на функционирование механизма финансирования здравоохранения. Статья содержит базовые положения институциональной теории Д. Норта в ее прикладном аспекте относительно анализа механизма финансирования здравоохранения в Украине. Определены «узкие места» существующего финансирования здравоохранения, а также предложенных институциональных изменений механизмов финансирования здравоохранения.

Ключевые слова: институциональное развитие, финансирование, общественное здравоохранение.

Nina D. Chala

The National University «Kyiv-Mohyla Academy»

**INSTITUTIONAL DEVELOPMENT AS THE BASIS FOR THE FINANCING
MECHANISM IN HEALTHCARE SECTOR**

This article studies the impact of institutional development on the functioning of the mechanism for the healthcare system financing. This article explains the fundamental provisions of the institutional theory by D. North in its applied aspect within the analysis of the mechanism of healthcare financing in Ukraine. The author specifies the "bottlenecks" in the existing healthcare financing system as well as the weaknesses of future institutional changes which are being proposed now.

Keywords: institutional development, financing, public healthcare system

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. В Україні витрати на фінансування системи охорони здоров'я коливаються в межах 7,1% ВВП, що співставно з відносними витратами Ізраїлю – 7,8% ВВП, Польщі – 6,4% ВВП, у країнах ЄС ці витрати становлять 6,5% - 11,5% ВВП відповідної країни [1]. Водночас абсолютні показники витрат у вітчизняній системі охорони здоров'я, які становлять 203\$/душу населення, значно нижче, ніж у Ізраїлі (2910\$/душу населення), чи Польщі (910\$/душу населення). Частка державних витрат у фінансуванні охорони здоров'я за останні роки в Україні знизилася до 50,8% від загального обсягу

фінансування. Це означає перенесення більшості витрат на лікування на фізичних осіб, що вказує на пряме порушення конституційних гарантій [стаття 49, 2], а разом із незадовільним станом вітчизняної економіки це спричинює виникнення медичної бідності [3]. За дослідженнями Світового банку [1] більше 15% не змогли одержати своєчасно необхідну медичну допомогу через власну неплатоспроможність. Отже, незахищеність населення від критичних витрат у випадку настання захворювання, його низька платоспроможність породжує порочне коло проблем недофінансування охорони здоров'я і неспроможності держави забезпечити рівний доступ до медичних послуг належної якості та виконання конституційних гарантій.

Аналіз останніх публікацій по проблемі. Особливості функціонування систем охорони здоров'я та якість медичної допомоги знаходиться під пильним оком дослідників різних міжнародних організацій (Світовий банк, Глобальний фонд, ВООЗ, тощо), громадських організацій (Пацієнти України, Форум здоров'я, тощо), вищих навчальних закладів, політиків та експертів. Достатньо регулярно оприлюднюються звіти Світового банку та ВООЗ (Обсерваторія) щодо стану системи охорони здоров'я у країні, фінансових ресурсах, тощо. Проблема ефективного витрачання фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я цікавить як іноземних, так і вітчизняних вчених. Серед вітчизняних дослідників варто звернути увагу на дослідження В. Лехан, В. Князевича, В. Рудого, які вивчали питання реформування системи охорони здоров'я та обґрунтовували різні моделі фінансування медичних послуг. Серед іноземних вчених варто пригадати Дж. Кутцин, Ч. Кашін, М. Якаб, які присвятили свою увагу реформам фінансування охорони здоров'я у країнах з перехідною економікою.

Невирішені частини дослідження. Варто зазначити, що більшість наукових досліджень спрямовано на оцінку механізмів фінансування, державних витрат, обсягів неформальних платежів, доступу та рівня покриття медичними послугами населення. Водночас проблеми довіри населення системі охорони здоров'я, зв'язок між здоров'ям населення та фундаментальними макроекономічними показниками (наявним доходом населення, податковим навантаженням, тощо), рівнем економічного розвитку країни залишається недостатньо дослідженим. Водночас, при розрахунку рівня конкурентоспроможності країни оцінюється показник розвитку охорони здоров'я в країні, вплив інфекційних хвороб (малярії, туберкульозу, ВІЛ/СНІД) на ведення бізнесу [4], що говорить про врахування зазначеного чинника у математичних моделях, але не достатнього усвідомлення його важливості на рівні державного менеджменту.

Мета дослідження, виклад основних результатів та їх обґрунтування. Цю роботу присвячено усвідомленню соціальних витрат у сфері охорони здоров'я, а її метою є дослідити взаємозв'язок інституційного розвитку та фінансування охорони здоров'я. Особливістю цього дослідження є погляд економіста на систему охорони здоров'я, який принципово відрізняється від погляду лікаря, соціального працівника, соціолога, чи політолога. Гіпотеза дослідження базується на припущенні, що суб'єкти, які діють, є раціональними, відповідно їх поведінка замовлена прагненням скоротити витрати, але обмежується інституційним середовищем. Під інститутами розуміється – правила, механізми, які забезпечують їх виконання, а також норми поведінки, які структурують повторювальну взаємодію між суб'єктами [5]. Саме інститути обмежують і визначають альтернативи, які доступні економічним агентам. Завдання інститутів – забезпечити визначеність людських взаємодій, що досягається завдяки сталості норм та правил. Норми та правила утворюють структури таким чином, що кожне наступне змінити дорожче, ніж попереднє. Зазначимо, що ми жодним чином не стверджуємо, що інститути завжди є ефективними, вони лише знижують втрати ризиків та взаємодії.

Здоров'я у дослідженні розглядається як цінність для кожного окремого економічного суб'єкта, і у відповідності до термінології ВООЗ та основ законодавства України про охорону здоров'я є - стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад [6]. Раціональна поведінка економічних суб'єктів зумовлює їх прагнення скоротити витрати, які часто носять суб'єктивний характер і можуть виражатися у втратах часу на черги, а також рівні неформальних платежів. Відповідно раціональні економічні суб'єкти, які обмежені у своїй поведінці чітко визначеними нормами і правилами, кожного разу приймають рішення щодо доцільності виконання формальних правил і рівня покарання за їх порушення. Якщо покарання за порушення не велике у порівнянні з вигодами, або виконувати формальні правила не має сенсу, то виникає ситуація, коли більшість змінює свою поведінку. Отже з часом деякі правила, особливо ті, що перестають бути актуальними, або призводять до великих витрат, можуть просто ігноруватися, не виконуватися, не забезпечуватися їх виконання, не відслідковуватися його виконання, відповідно можуть створюватися інші (не формалізовані) правила. Це породжує створювання неформального сектору економіки, проблеми безкоштовного користування суспільними благами, чи суспільним продуктом. Внесення необхідних змін до системи забезпечення виконання норм та правил, тобто інституційних змін, і є, за своєю суттю впровадження реформ. Виходячи з фундаментальних теоретичних положень інституціоналізму впровадження реформ можливо тоді, коли витрати на зміну правил суттєво менші, ніж витрати на їх виконання. Розвиток інститутів, які сприяють укладанню угод, призводить не тільки до зростання виробництва, торгівлі на окремих ринках факторів, але й до наступного зниження транзакційних витрат у відповідності до рівня розвитку цих інститутів.

За рівнем розвитку інститутів у рейтингу конкурентоспроможності Україна займає 130 місце із 140 країн, за рівнем розвитку охорони здоров'я – 82 [7]. Найгіршим показником в інтегральному індексі розвитку інститутів є «марнотратство державних витрат» (134), навіть показники «безпека» (132) та «етика і корупція» (107) виглядають значно краще. Прикладом інституційної неспроможності може стати норма Конституції України щодо безоплатної медицини, яку закріплено у статті 49: кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Отже, ресурсна неспроможність держави виконати конституційні гарантії щодо безоплатної медицини зумовлює необхідність реалізації реформ у галузі: потрібна зміна правил, оскільки ті що є, працюють не ефективно, або взагалі не працюють; склалися неформальні правила, які більше схожі на звички; формалізація неформальних правил приведе до зміцнення та легалізації фінансових потоків. Отже, розвинені інститути зменшують транзакційні витрати у системі; формалізують неформальні відносини, правила, звички між суб'єктами взаємодії; роблять середовище більш передбачуваним, за рахунок чого у суб'єктів взаємодії формується довіра один до одного, а ресурси витрачаються більш раціонально.

Фінансування системи охорони здоров'я, згідно з чинним законодавством [2, 6] здійснюється за рахунок державних витрат (цільові кошти державного, або місцевих бюджетів в залежності від рівня закладу охорони здоров'я), чи коштів фізичних осіб. Важливо, щоб збір доходів до системи охорони здоров'я (зокрема внески домогосподарств та роботодавців): були зібрані справедливо та витрачені ефективно. Для

подальшого викладення дослідження надзвичайно важливо визначитися, про які ринки йдеться і який продукт на цих ринках представлено. Оскільки захворювання когось-небудь з членів сім'ї може викликати критичні витрати, то для зниження фінансових ризиків для домогосподарства у момент захворювання надзвичайно важливо забезпечити об'єднання внесків (акумуляування) таким чином, що витрати на охорону здоров'я є загальними і не всі витрати несе фізична особа у момент захворювання (солідарність суспільства). Закумуляовані внески мають використовуватися для закупівлі або надання медичної послуги. Справедливість фінансування охорони здоров'я забезпечується рівною часткою відсоткових витрат у непродуктивних витратах домогосподарств на охорону здоров'я, не залежно від рівня доходів, стану здоров'я та використання медичних послуг. Таким чином ми описали ринок медичних послуг, де продуктом є саме медична послуга. Державна інституційна спроможність має забезпечувати рівний доступ населення до якісних медичних послуг.

З точки зору державного управління важливо забезпечити максимальне залучення населення до створення національного продукту, тому важливо мати здорове населення. Експерти ВООЗ [8] показали, що на 10-15% здоров'я населення залежить від медичного забезпечення, а на 52-53% - від умов та способу життя людини. В цих реаліях збільшення абсолютних показників фінансування охорони здоров'я, так само, як і збільшення заробітної плати лікарів не призведе до автоматичного покращення здоров'я населення. Важливішими, ніж збільшення фінансування охорони здоров'я є правила розподілу і перерозподілу фінансових ресурсів. У таких умовах принцип справедливості трансформується у мотиваційний чинник, який повинен покласти відповідальність за власне здоров'я безпосередньо на людину і мотивувати її обирати здоровий спосіб життя, а також уникати шкідливих звичок. Отже, тут можна виокремити базові принципи поведінкової моделі мотивації: відповідальність за своє здоров'я та відповідальна поведінка (вчасне звернення до лікаря, профілактичний огляд, харчування, відмова від шкідливих звичок, тощо). Отже, при розробці правил акумуляування фінансових ресурсів для системи охорони здоров'я прагнучи забезпечити мотивацію населення до здорового способу життя необхідно передбачити прогресивну шкалу зменшення внесків до системи охорони здоров'я окремого домогосподарства за умов зниження ризиків виникнення хвороб, тобто дотримання здорового способу життя. Наразі існуюча ситуація, коли більшість населення України (39,8%) живе за рахунок соціальної допомоги [9], повністю демотивує сплачувати внески до системи охорони здоров'я. Таким чином, маємо інституційну дилему забезпечення справедливого акумуляування фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я. Чи впроваджувати мотиваційний чинник притримуватися населенню здорового способу життя індивідуума, чи підвищувати вартість окремих медичних послуг.

Іншою інституційною дилемою є визначення правил розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я? Якщо первинна ланка фінансується з місцевого бюджету за принципом субсидіарності, то де потрібно брати ресурси для фінансування невідкладної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, медицини катастроф? ВООЗ стверджує, що від рівня інституційного розвитку країни залежить обсяг покриття медичними послугами населення [10, с. 12], що схематично представлено на рис. 1. З точки зору державного управління важливо забезпечити максимальне залучення населення до створення національного продукту, тому важливо мати здорове населення. Експерти ВООЗ [8] показали, що на 10-15% здоров'я населення залежить від медичного забезпечення, а на 52-53% - від умов та способу життя людини. В цих реаліях збільшення абсолютних показників фінансування охорони здоров'я, так само, як і збільшення заробітної плати лікарів не призведе до автоматичного покращення здоров'я населення.

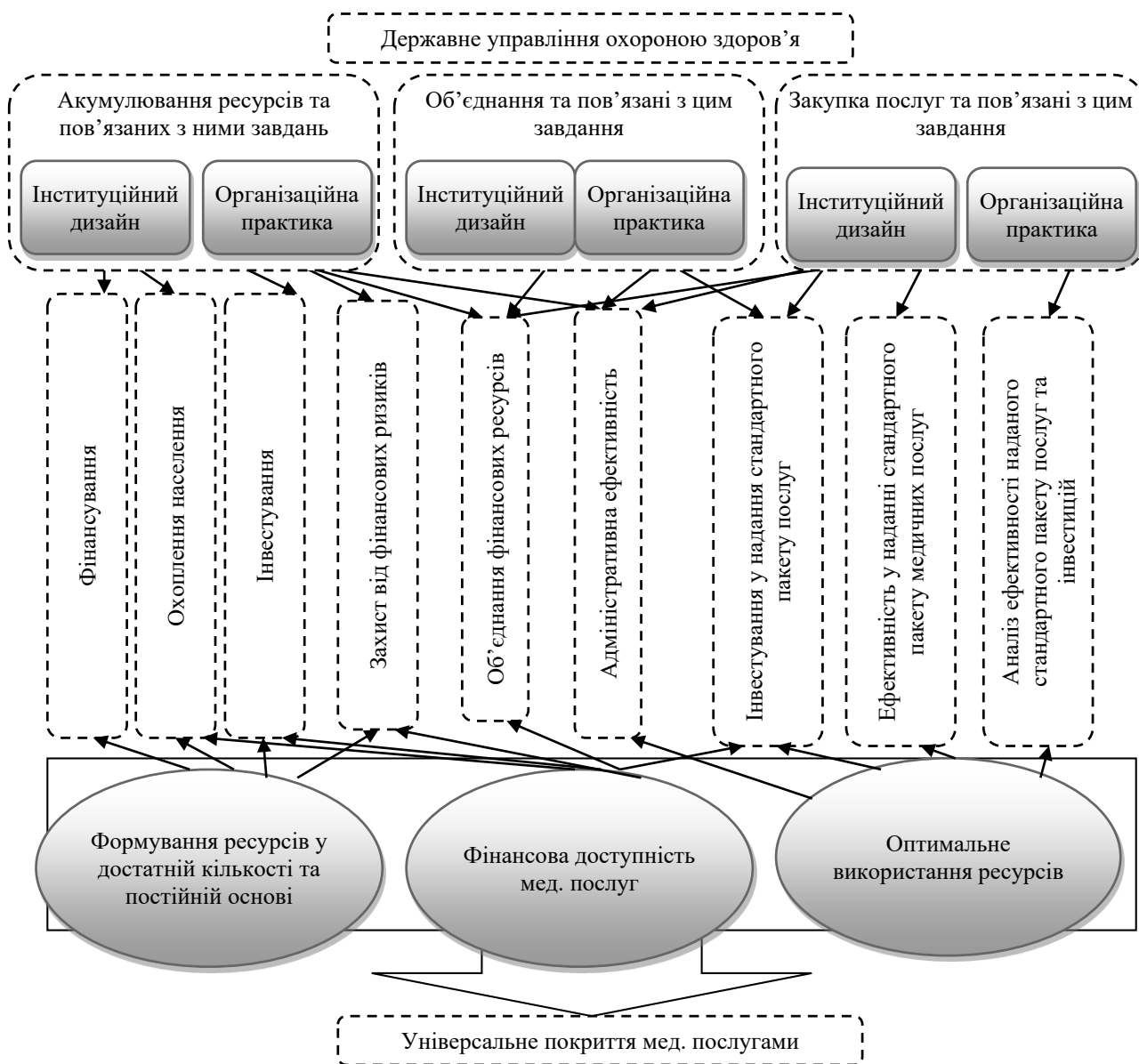


Рис. 1. Завдання фінансової політики в охороні здоров'я [10, с. 9]

Важливішими, ніж збільшення фінансування охорони здоров'я є правила розподілу і перерозподілу фінансових ресурсів. У таких умовах принцип справедливості трансформується у мотиваційний чинник, який повинен покласти відповідальність за власне здоров'я безпосередньо на людину і мотивувати її обирати здоровий спосіб життя, а також уникати шкідливих звичок. Отже, тут можна виокремити базові принципи поведінкової моделі мотивації: відповідальність за своє здоров'я та відповідальна поведінка (вчасне звернення до лікаря, профілактичний огляд, харчування, відмова від шкідливих звичок, тощо). Отже, при розробці правил акумуляції фінансових ресурсів для системи охорони здоров'я прагнучи забезпечити мотивацію населення до здорового способу життя необхідно передбачити прогресивну шкалу зменшення внесків до системи охорони здоров'я окремого домогосподарства за умов зниження ризиків виникнення хвороб, тобто дотримання здорового способу життя. Наразі існуюча ситуація, коли більшість населення України (39,8%) живе за рахунок соціальної допомоги [9], повністю демотивує сплачувати внески до системи охорони здоров'я. Таким чином, маємо інституційну дилему забезпечення справедливого акумуляції фінансових ресурсів у

системі охорони здоров'я. Чи впроваджувати мотиваційний чинник притримуватися населенню здорового способу життя індивідуума, чи підвищувати вартість окремих медичних послуг.

Для оцінки показників ефективності фінансування охорони здоров'я надзвичайно важливо зрозуміти сильні, а також вузькі місця в інституційній структурі та організаційної практиці в окремій країні. Окремі складові для проведення аналізу за методикою, яку рекомендує ВООЗ, представлено на Рис. 1. При цьому важливо ідентифікувати ефект від правил, які працюють; правил, які не працюють; суперечливості окремих правил; слабе забезпечення дотримання правил. Причини недостатньої ефективності фінансування охорони здоров'я відповідно до кожної із функцій та задач можуть бути ретельно проаналізовано стосовно наявності вузьких місць в інституціональному забезпеченні. Для визначення причин недостатньої продуктивності системи важливо зрозуміти переважне стимулювання середовища для організацій та приватних осіб. Як правило, на показник продуктивності впливає декілька чинників, тому комплексне рішення більш вдалим.



Рис. 2. Фінансові потоки в системі охорони здоров'я України

Спробуємо застосувати методику ВООЗ [10] для оцінки результативності фінансування в українській системі охорони здоров'я. Відразу зазначимо, що тут не йдеться про фінансово-економічні показники ефективності, ефекту, результативності. Автор прагне тільки оцінити наскільки гармонізація інститутів може вплинути на покращення фінансування охорони здоров'я. На Рис. 2 схематично представлено фінансові потоки вітчизняної системи охорони здоров'я [11].

Звернемо увагу, що фінансування системи охорони здоров'я в Україні здійснюється з трьох джерел: державні та місцеві бюджети; кошти фізичних осіб (формальні, неформальні, або страхові платежі) та надходження фінансових ресурсів міжнародних фондів. Через міжнародні фонди в основному фінансується лікування

інфекційних хвороб (ВІЛ/СНІД; туберкульоз; тощо), з місцевих бюджетів фінансується утримання закладів охорони здоров'я місцевого рівня, з державного – загальнодержавного рівня, проте у лікарнях існують неформальні платежі як вдячність пацієнтів лікарю. Незалежність цих фінансових потоків один від одного та їх хаотичність породжує ризики виникнення корупційних схем. З метою покращення доступності медичних послуг та забезпечення цільового використання бюджетних ресурсів у 2014 році було введено для місцевих бюджетів цільову медичну субвенцію [13], за рахунок чого було у відносному вимірі скорочено видатки державного бюджету і зросли видатки місцевих бюджетів на фінансування охорони здоров'я [12, с. 44]. Цими змінами впроваджено механізм, за якого держава шляхом надання спеціальних трансфертів (субвенцій) повністю бере на себе відповідальність щодо фінансового забезпечення поточних видатків установ медичної і соціальної сфери, що належать до повноважень місцевих бюджетів. Зокрема за результатами 2015 року видатки місцевих бюджетів на фінансування охорони здоров'я склали 59,5 млрд. грн, що більше, ніж у 2014 році на 27,9% [12, с. 65]. Розмір цільової медичної субвенції з державного бюджету до місцевих бюджетів у 2015 році склав 46,2 млрд. грн., що складає 26,5% від загального обсягу цільових субвенцій із державного бюджету до місцевих бюджетів.

Аналіз фінансових потоків Рис. 2 показує, що домогосподарства сплачують тричі до системи охорони здоров'я: у вигляді податків, зокрема ПДФО; у вигляді оплати ліків та неформальних платежів (вдячність лікарям); у вигляді оплати добровільного медичного страхування. Отже, можна стверджувати, що фінансування охорони здоров'я в Україні безпосередньо залежить від фінансового стану домогосподарств. За даними Державного комітету Статистики України [9] тільки 41,2% населення живе за рахунок заробітної плати, при цьому 39,1% населення отримує соціальну допомогу, або іншого роду соціальні виплати. Порівняльний аналіз статистичних даних Державного комітету статистики та Міністерства соціальної політики дозволяє зробити висновок, що при населенні 42,7 млн. осіб (01.12.2015) соціальну допомогу отримує 48 млн. осіб. Наведені статистичні дані яскраво ілюструють наявність неформального сектору економіки, детінізація якого призведе до автоматичного зростання фінансів у галузі.

Іншою проблемою, яку виявляють статистичні дані є проблема справедливості, яка більш масштабна і глибока, ніж здається на перший погляд. Справедливість фінансування охорони здоров'я забезпечується рівною часткою відсоткових витрат у непродуктивних витратах домогосподарств на охорону здоров'я, не залежно від рівня доходів, стану здоров'я та використання медичних послуг [8]. Наразі у структурі витрат в середньому за місяць у розрахунку на одне домогосподарство 4048,9 грн. близько 52% витрачається на продукти харчування, а на охорону здоров'я близько 3,6% [9]. Проблема справедливості проявляється у відповідальному ставленні громадян до власного здоров'я, відповідальній поведінці (вчасне звернення до лікаря, проходження профілактичного огляду, харчування, відмова від шкідливих звичок), у тому числі і у своєчасній і повній сплаті податків. Ситуація, коли близько половини населення живе за рахунок виплат з державного бюджету є не правильною, формує утриманську поведінку і може призвести до банкрутства країни. Потребує поглибленого вивчення питання забезпечення справедливості у розподілі тягаря фінансування охорони здоров'я в Україні між різними соціальними групами, але, навіть без цього очевидна необхідність інституційних змін у цій галузі.

З метою впровадження радикальних інституційних змін у Міністерстві охорони здоров'я України було розроблено реформу фінансування охорони здоров'я [14], яка передбачає скорочення закладів охорони здоров'я, впровадження нових інститутів (створення Єдиного національного замовника медичних послуг), зміна механізмів оплати

медичних послуг (коли оплачуються тільки фактично спожиті пацієнтами послуги, а не утримання інфраструктури). Реформа передбачає впровадження державного гарантованого пакету медичних послуг, за решту медичних послуг, які до нього не входять, домогосподарства будуть оплачувати додатково. Зокрема, до таких послуг належить робота лікаря первинної ланки поза робочими годинами, послуги спеціалістів без направлення, окремі види діагностичних чи лікувальних послуг, лікарських засобів тощо. І знову бачимо у запропонованій системі «вузькі місця», а саме, якщо йдеться про виклик до дому до пацієнта, то лікар первинної ланки може у робочі години не встигнути доїхати до пацієнта, тож пацієнт змушений буде оплачувати послугу, яка мала би бути безоплатною. Наявність у системі великої кількості пільгових категорій громадян може призвести до дискредитації нової системи. Як було зазначено вище, до таких категорій теоретично станом на зараз може відноситися до 40% населення. Норма щорічного перегляду парламентом обсягу гарантованого пакету медичних послуг може призвести до політичних спекуляцій, коли цей документ взагалі не буде переглядатися (як з набором, що входить до споживчого кошику [15]), або стане предметом для торгів, як державний бюджет, тобто належне виконання цих норм також безпосередньо залежить від рівня інституційного розвитку країни.

Висновки та перспективи подальших досліджень Отже, для належного фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні залежить від рівня інституційного розвитку. Впровадження розробленої реформи охорони здоров'я без врахування інституційного розвитку може її повністю нівелювати, або привести до прямо протилежних наслідків. Аналіз статистичних даних показав, що зараз відносний обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні є співставним із середнім у ЄС, водночас детінізація неформальних платежів в системі та унормування фінансових потоків суттєво підвищить наявні в системі ресурси. Водночас хотілося б застерегти дослідників щодо оцінки обсягів фінансових ресурсів за відносними показниками частки у ВВП (або ВРП якщо йдеться про первинну ланку), при дослідженні фінансування охорони здоров'я більш показовими є оцінки співвідношення залучених фінансових ресурсів та показників стану здоров'я населення різних соціальних груп; чутливість до очікувань людей, у питаннях прямо не пов'язаних зі станом здоров'я; а також стимулювання їх здорової поведінки. Варто зазначити, що при існуючій демографічній ситуації (зростання людей похилого віку; інвалідизація молодих людей в АТО та ДТП; зниження народжуваності), цілком природне зростання потреб у фінансуванні охорони здоров'я, тому цілком очікуваним є скорочення пакету гарантованих державою медичних послуг та відмова населення від коштовного лікування.

Література

1. The World Bank: [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
2. Конституція України [Електронні ресурс]: Режим доступу: www.rada.gov.ua
3. Черенько Л.М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища // Демографія та соціальна економіка, 2015, № 1 (23), с. 11-21
4. The World Forum [Електронний ресурс]: Режим доступу: <https://www.weforum.org/>
5. Douglass C. North. Institutions and Economic Growth: An Historical Introduction // World Development, 1989, vol.17, no.9, p. 1319-1332. © Pergamon Press, 1989 Перевод Е.И.Николаенко http://ecsocman.hse.ru/data/161/670/1216/2_1_4north.pdf
6. Закон України №2801-ХІІ від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я». - Відомості Верховної Ради України. – 1993. - № 4, ст.19 [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

7. Рейтинг конкурентоспроможності Всесвітнього економічного форуму [Електронний ресурс]: Режим доступу: <https://www.weforum.org/>
8. World Health Organization [Електронний ресурс]: Режим доступу: www.who.int
9. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]: Режим доступу www.ukrstat.gov.ua
10. Mathauer I., Carrin G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_10_05-instit_uc.pdf
11. Lekhan VN, Rudyi VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(2): 1–153.
12. Бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за 2015 рік / [Зубенко В.В., Самчинська І.В., Рудик А.Ю. та інш.] ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої ініціативи впровадження». – USAID. – К. – 2016. – 80 с.
13. Закон України № 79-VIII від 28.12.2014 «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» [Електронний ресурс]: Режим доступу: www.rada.gov.ua
14. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України Лютий 2016 [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf
15. Постанова КМУ №656 від 14.04.2000 р. «Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення» [Електронний ресурс]: Режим доступу: www.rada.gov.ua