

Електронне наукове фахове видання "Ефективна економіка" включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Наказ Міністерства освіти і науки України від 29.12.2014 № 1528)

Ефективна
ЕКОНОМІКА

Дніпропетровський державний
аграрно-економічний університет



№ 11, 2016 [Назад](#) [Головна](#)

0 0 1 0 0 0 1 2

УДК 330:12

О. В. Степанова,

к. е. н., с. н. с., старший науковий співробітник відділу державних фінансів,
ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України», м. Київ

СВІТОВІ МОДЕЛІ ФІСКАЛЬНОЇ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: РОЗВИТОК МІЖ БЮДЖЕТНОЮ КОНСОЛІДАЦІЄЮ ТА РИНКОМ

O. V. Stepanova,

Ph.D. in Economics, senior researcher of public finance department,
«Institute for Economics and Forecasting, Ukrainian National Academy of Sciences»

FOREIGN MODELS OF FISCAL DECENTRALIZATION IN HEALTH CARE: DEVELOPMENT BETWEEN FISCAL CONSOLIDATION AND MARKETS

У статті досліджено підходи до децентралізації фінансування систем охорони здоров'я на основних його етапах, зокрема, збору коштів, їх акумулювання та розподілу, які сформовано на основі узагальнення та систематизації провідного зарубіжного досвіду. На основі аналізу міжнародної практики виявлено основні форми організації, планування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги в централізованих та децентралізованих країнах. Визначено, що одним із стимулюючих факторів децентралізації фінансування охорони здоров'я є необхідність консолідації державних фінансів та забезпечення їх стійкості. Обґрунтовано ознаки децентралізації в охороні здоров'я, які характерні для бюджетних та страхових систем фінансування галузі. Виявлено практику впровадження дивестиції в охороні здоров'я, як крайньої ринкової форми децентралізації в окремих країнах. Наведені особливості практики в країнах ОЕСР формування структури доходів фінансування видатків субнаціональних бюджетів на охорону здоров'я; види трансфертів та їх склад у загальних видатках субнаціональних бюджетів на охорону здоров'я

In this article the approaches to funding decentralize health systems on major stages, including fundraising, accumulation and distribution, which are formed on the basis of systematization of the leading foreign experience are observed. Based on the analysis of international practice the basic forms of organization, planning, health care and medical services in centralized and decentralized countries are identified. It was determined that one of the stimulating factors of decentralization in health care is the need to consolidate public finances and ensure their sustainability. It was substantiated that the form of decentralization in this sphere depends on form of financing of health care: budget or social insurance funds. Market practice of divestment and privatization in health care as an extreme form of decentralization are identified in some countries. In this article also the features of experience of sources structure of revenues of sub-national budgets in health care in OECD countries; types of transfers and their composition of sub-national budgets to health are investigated.

Ключові слова: система охорони здоров'я, децентралізація, фінансова стійкість, медичні послуги, державні фінанси, міжбюджетні відносини.

Keywords: health care, decentralization, fiscal sustainability, medical services, public finance, intergovernmental fiscal relations.

Вступ В умовах перманентного розгортання світової фінансової кризи, першочерговим викликом для більшості країн постає проблема фінансової стійкості державних фінансів. Складність та багатоплановість завдань стабілізації стану державних фінансів, обумовлена широким спектром питань, які пов'язані як з адекватним сучасним реаліям української економіки вимогами до формування доходів сектору загальнодержавного управління, так і з потребою підвищення ефективності бюджетних витрат. Виходячи з цих позицій, особливої актуальності для України набуває пошук нових механізмів фінансування системи охорони здоров'я, у тому числі, на засадах децентралізації як напрямку консолідації державних фінансів. Сьогодні, в Україні, як і в багатьох країнах світу відбувається процес реформування охорони здоров'я, відповідно до якого здійснюється трансформація організаційного механізму узгодження економічних інтересів в галузі - від державного рівня, що визначає розвиток цієї сфери, до рівня громади.

Однак, в Україні спрямованість вектора державного інтересу - забезпечити рівний доступ всіх верств населення до рівноцінних благ в охороні здоров'я - наразі не збігається з фінансовим потенціалом бюджетів різних рівнів та діючим механізмом розподілу фінансових ресурсів. Все це стає першопричиною виникнення протиріччя економічних інтересів основних суб'єктів галузі на різних ієрархічних рівнях та соціальних потреб населення. Отже, без формування нового фінансового механізму функціонування системи охорони здоров'я з урахуванням узгодження економічних інтересів всіх суб'єктів галузі та базових потреб населення у якісних медичних послугах, сучасні реформи в галузі стають проблематичними. У цих умовах постає потреба розвитку механізму функціонування системи охорони здоров'я в Україні на засадах децентралізації з урахуванням узагальнення та систематизації переваг та ризиків міжнародного досвіду децентралізації фінансового механізму охорони здоров'я.

Аналіз останніх наукових досліджень. Питання фінансової децентралізації в охороні здоров'я досліджено в роботах таких українських та зарубіжних учених: Банкаускайте В., Врангбек К, Гріп С., Ігнатєвої Г., Кутцин Д., Лехан В., Москаленко В., Павлюк К., Родініеллі Д., Рожкової І., Салтмана Р., Семігіної Т.,

Слабкого Г., Солоненка М., Стабл М., Томсон С., Фонсека І., Чіма Ш.

Постановка завдання. Метою статті є систематизація кращого зарубіжного досвіду та визначення відповідних методичних підходів до децентралізації фінансування систем охорони здоров'я на основних його етапах, зокрема, збору коштів, їх акумулювання та розподілу.

Результати. Сучасна зарубіжна практика застосування різних моделей децентралізації фінансування охорони здоров'я дозволяє зауважити про ефективність їх різних складових, а також орієнтації на забезпечення довгострокової стійкості системи державних фінансів в цілому. Так, на кожному з трьох етапів фінансування галузі можуть бути впроваджені механізми децентралізації. Наприклад, в процесі збору коштів, як правило, їх отримують від фізичних осіб, організацій та підприємств, та іноді від спонсорів за межами країни. Ресурси можуть бути зібрані за рахунок загального державного оподаткування (бюджету) або спеціального оподаткування; внесків обов'язкового або добровільного медичного страхування; прямих платежів населення. Прямі та непрямі внески можуть стягуватися на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях. Об'єднання фінансових коштів в пули – є процесом акумулювання та управління фінансовими ресурсами для забезпечення гарантії, що фінансовий ризик, що виникає в результаті необхідності оплатити медичну допомогу, поширюється на всіх учасників пулу, а не тільки на хворих осіб[1].

Головною метою об'єднання коштів в пули є розподіл фінансового ризику, пов'язаного з необхідністю споживання медичних послуг. Виокремлюють три основні способи оплати медичної допомоги: 1) держава виділяє кошти безпосередньо своїм власним постачальникам медичних послуг (інтеграція закупівель та забезпечення медичними послугами), використовуючи для цього бюджетні ресурси та, іноді, страхові внески; 2) інституційно відокремлене агентство закупівель (наприклад, фонд медичного страхування або урядовий орган) медичних послуг, діючи від імені населення (розподіл функцій між покупцем та постачальником); 3) громадяни за рахунок власних приватних коштів платять безпосередньо постачальнику за надані медичні послуги[1].

Фінансова децентралізація сфери охорони здоров'я навіть у країнах зі схожими домінуючими механізмами фінансування може мати значні відмінності, оскільки фінансування такої галузі – це не тільки процес залучення коштів, а й об'єднання фінансових ресурсів в пули та закупівля медичних послуг (таблиця 1).

Відмінність принципів фінансування та організації надання медичної допомоги в різних країнах не дозволяють прямо адаптувати зарубіжний досвід децентралізації та впровадити всі його інструменти в українську практику. Без визначення національних особливостей проєкт децентралізації в галузі може не досягти бажаних результатів або навіть стати причиною розпаду єдиної системи охорони здоров'я.

Таблиця 1.
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
ЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ	Державна система організації, планування та адміністрування системи охорони здоров'я. Офіційна державна передача прав, обов'язків та повноважень щодо адміністрування та організації медичної допомоги. Централізована державне замовлення у сфері охорони здоров'я. Регіональне планування, адміністрування та мережі медичних установ. Місцеве / муніципальне планування, адміністрування та мережі медичних установ. Механізми опосередкованого державного регулювання квазіринку охорони здоров'я. Пряме ринкове регулювання квазіринку охорони здоров'я з індивідуальним приватним вибором страхових організацій та медичних установ.	Державна система оподаткування (загальні та (або) адресні цільові податки для фінансування охорони здоров'я). Обов'язкові внески до національного фонду соціального медичного страхування. Регіональна система оподаткування. Обов'язкові внески до регіонального фонду соціального медичного страхування. Місцеве / муніципальна система оподаткування. Обов'язкові внески до муніципальних та (або) галузевих фондів соціального медичного страхування та лікарняних кас. Добровільні внески до місцевих приватних фондів медичного страхування та лікарняних кас. Приватне фінансування медичних установ та медичних послуг за рахунок власних коштів населення.	Державна система охорони здоров'я. Державна власність та контроль. Регіональна власність та контроль. Місцева / муніципальна власність та контроль. Приватні медичні установи мають державне соціальне замовлення або угоди з лікарняними касами та іншими страховими медичними організаціями, зокрема державними та муніципальними (внутрішня структура таких мереж медичних установ може бути централізована). Приватні автономні медичні установи.
ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ			

Джерело: [6]

Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду децентралізації у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що такі процеси є складним завданням та залежить від [2,6,7]:

- типу державного устрою країни, кількості рівнів адміністративного управління;
- ступені участі центральних органів влади у фінансуванні та управлінні системою охорони здоров'я на місцевому рівні;
- домінуючого механізму фінансування охорони здоров'я (бюджетного або страхового);
- розподілу відповідальності та повноважень щодо надання різних видів медичної допомоги між рівнями влади та суб'єктами галузі (парламент, центральні органи влади, місцеві органи влади, страхові медичні фонди, медичні установи тощо).

Отже, децентралізація системи охорони здоров'я передбачає перерозподіл функцій, економічної та соціальної відповідальності між різними рівнями управління (державний, регіональний, місцевий) та дозволяє застосувати регіональний підхід до розробки загальнодержавних програм та міжсекторальний підхід в управлінні системою охорони здоров'я.

У більшості країн механізми децентралізації імplementовані до загальної стратегії розвитку системи охорони здоров'я, які у свою чергу обумовлюють відмінну їх роль в процесі фінансування, організації та адміністрування галузі. Найбільш активну роль місцеві органи управління у фінансуванні охорони здоров'я мають у Данії (8,6 % ВВП у 2014 році), Італії (7,3% ВВП), Фінляндії (7,0 % ВВП) та Швеції (6,8 % ВВП) [3]. Зауважимо, що всі ці країни мають переважно бюджетну модель фінансування охорони здоров'я. Велика Британія та інші країни з бюджетним механізмом фінансування охорони здоров'я мають централізовані системи фінансування охорони здоров'я.

Аналіз витраток на охорону здоров'я у країнах з переважною бюджетною системою фінансування за період 2000 – 2015 рр. виявляє тенденцію до зростання частки місцевих бюджетів[3]. Проте, ефективність фінансування медичної допомоги з місцевих бюджетів обмежується рядом факторів, зокрема, потенціалом місцевих громад зі збору додаткових доходів бюджету, зростанням внутрішньої та зовнішньої міграції населення, збільшенням частки осіб пенсійного віку. Такі тенденції є викликом для процесів бюджетної консолідації в середньостроковій та довгостроковій перспективі[4].

У країнах з домінуючою страховою моделлю фінансування охорони здоров'я, регіональні та місцеві органи влади найчастіше відіграють незначну роль. У таких країнах, як Німеччина та Нідерланди, більшість адміністративних та організаційних функцій, а також частина фіскальних функцій делеговані приватним некомерційним організаціям з метою поширення засад саморегулювання в цій сфері. Повноваження зі збору доходів передаються фондам медичного страхування, які зазвичай здійснюють також і закупівлю медичних послуг.

Як доводять фахівці ВООЗ, одним із суттєвих ризиків, що може виникнути при децентралізації охорони здоров'я в страхових моделях, є ризик фрагментації системи, що призводить до неможливості виконання необхідних функцій та надання відповідних медичних послуг в окремих адміністративно-територіальних одиницях. Чим більше людей розділяють фінансовий ризик таким способом, тим нижче він стає для кожної людини, яка йому піддається[1]. Загалом, чим більшим є пул фінансових ресурсів, тим простіше за його допомогою подолати фінансові ризики.

Аналіз міжнародної практики фінансування охорони здоров'я дозволяє зазначити, що деякі з найбільш ефективних систем охорони здоров'я в значній мірі покладаються на субнаціональні уряди, а для інших країн децентралізація стає причиною географічних відмінностей в наданні медичних послуг.

Що стосується повноважень з розподілу фінансування між регіонами та видами медичної допомоги, то, виходячи з досвіду країн Європи, вони визначаються наступним чином[4]:

- в бюджетних системах фінансування охорони здоров'я – належать тому рівню управління, який формує бюджет охорони здоров'я (наприклад, в Фінляндії та Данії розподіл фінансування на послуги первинної, спеціалізованої та громадської охорони здоров'я децентралізовано до місцевого рівня);

- в системах соціального медичного страхування – належать органу, який регулює доходи страхових фондів (наприклад, в Німеччині та Бельгії такі функції здійснює уряд).

При оцінці рівня децентралізації витратів необхідно мати на увазі, що наявність права витратити кошти не завжди є правом прийняття відповідних рішень. Якщо видатки місцевих бюджетів регламентовані законами, що прийняті центральними органами влади або фінансуються за рахунок цільових трансфертів з центрального бюджету, то навіть при високій частці місцевих бюджетів в загальних обсягах фінансування охорони здоров'я реальна самостійність у місцевих органах влади є обмеженою. Різні країни мають відмінні джерела фінансування витратів регіональних та місцевих бюджетів на охорону здоров'я (рис. 1).

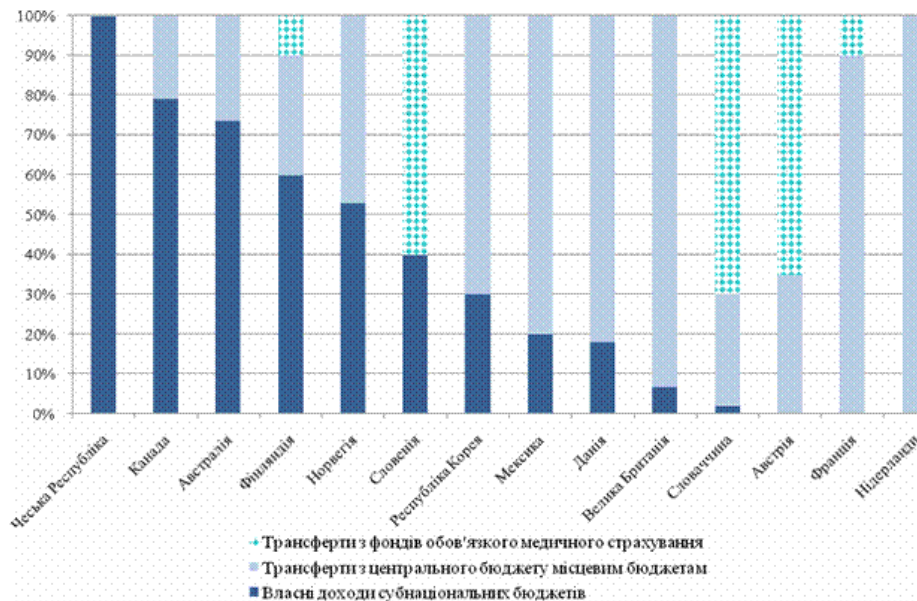


Рис. 1. Джерела доходів фінансування витратів субнаціональних бюджетів на охорону здоров'я в країнах ОЕСР, 2014 р. , %

Джерело: [4]

Так, якщо у Канаді, Австралії та Чеській Республіці основна частина витрат на охорону здоров'я фінансується за рахунок власних доходів місцевих бюджетів, то у Нідерландах - майже повністю залежить від трансфертів з центрального бюджету

Трансферти можуть надаватися в різній формі (рис. 2). Так, трансферти загального призначення складають найбільшу частку в структурі трансфертів у Великій Британії, Нідерландах та Австрії; нецільові трансферти (блокові гранти) - в Данії, Фінляндії та Канаді.

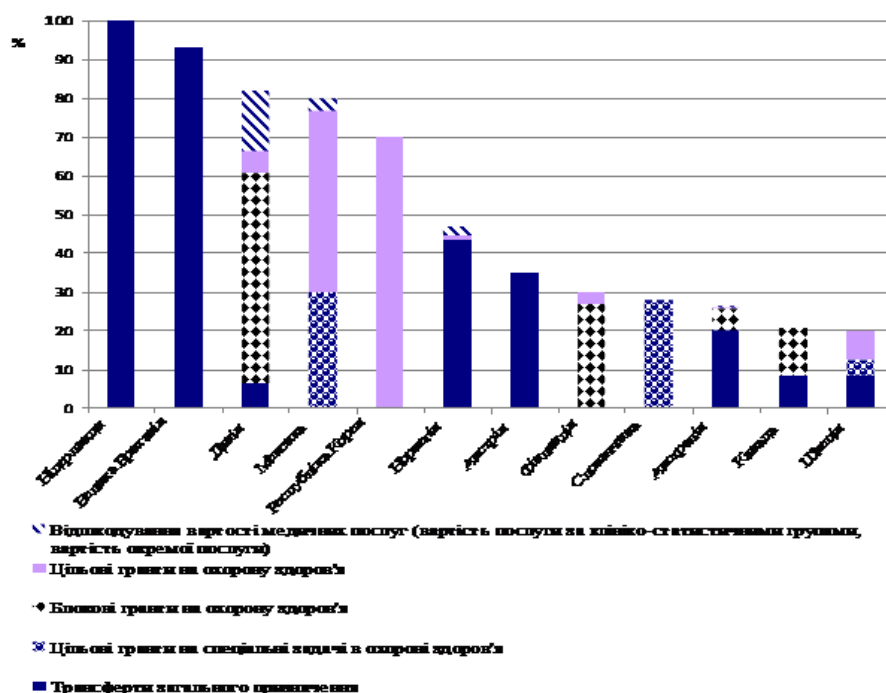


Рис.2. Види трансфертів та їх частка у загальних видатках регіональних та місцевих бюджетів на охорону здоров'я в деяких країнах ОЕСР, 2014 р., %.

Джерело: [4]

Цільові гранти на спеціалізовані програми охорони здоров'я використовуються найчастіше в Мексиці, Республіці Корея та Швеції; цільові гранти на вирішення спеціальних задач в охороні здоров'я - в Мексиці та Словаччині. Фінансування медичних закладів в Данії, Мексиці, Норвегії та Австрії здійснюється також на основі механізму відшкодування витрат за надані медичні послуги.

Крім того, місцевим бюджетам може додатково надаватися допомога на покриття дефіциту коштів місцевих бюджетів на фінансування охорони здоров'я. Зазвичай центральні органи влади таких країн як Данія, Франція, Угорщина, Італія, Японія, Республіка Корея та Нідерланди мають такі повноваження, тоді як в Австралії, Австрії, Канаді, Фінляндії, Мексиці, Швеції та Швейцарії – ні[5].

В країнах зі страховим механізмом фінансування охорони здоров'я визначення методів оплати медичної допомоги медичних установ та лікарів (глобальний бюджет, оплата за послугу, оплата послуг за клініко-статистичними групами тощо) є повноваженнями страхових фондів, а в країнах з бюджетним механізмом фінансування охорони здоров'я – центральних або місцевих органів влади. В деяких країнах, такі питання є предметом переговорів та спільної угоди між центральним, регіональними органами влади, фондами медичного страхування та асоціації лікарів[5].

Потенціал коригування центральними органами влади субнаціональних фінансових ресурсів на охорону здоров'я має вирішальне значення для фінансової стійкості охорони здоров'я, а також системи державних фінансів країни в цілому. У країнах, де субнаціональні органи влади відіграють важливу роль у фінансуванні охорони здоров'я, рівень впливу держави на прийняття рішень в такому випадку, як правило, обмежений, а центральні органи влади можуть змінювати тільки загальні обсяги фінансових ресурсів на середньострокову та довгострокову перспективу (Данія, Фінляндія, Італія, Швейцарія). В Австрії, кошти, зібрані центральним урядом автоматично передаються місцевим органам влади відповідно до середньострокових нормативів фінансового забезпечення, які регулюють фінансування державних та місцевих органів влади (включаючи фінансування лікарень)[5].

Кошти, зібрані автономними фондами обов'язкового соціального медичного страхування розподіляються системою та уряд безпосередньо не впливає на такі процеси. Однак, держава в деяких країнах може істотно змінити обсяг та склад фінансових ресурсів, які виділяються місцевим органам влади (наприклад, у формі трансфертів). У Чеській Республіці, такі витрати складають тільки 0,2% загальних витрат на охорону здоров'я та місцеві органи влади відповідають за надані субсидії від центрального уряду, за винятком фінансової підтримки з боку ЄС. Крім того, в цій країні регіональні органи влади мають незначну питому вагу в загальному обсязі фінансування охорони здоров'я.

Контроль за витрачанням коштів на охорону здоров'я в децентралізованих системах здійснюють різні установи (рис.3).

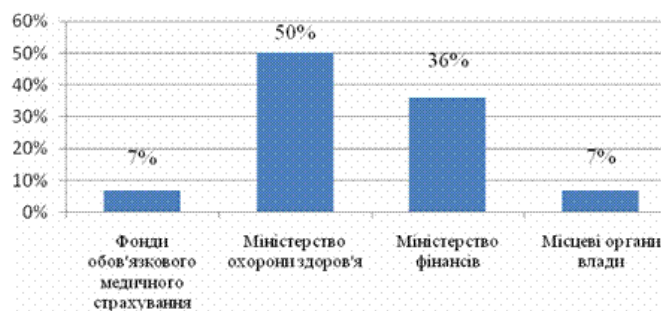


Рис. 3. Установи, відповідальні за контроль витрат місцевих органів влади на охорону здоров'я у країнах ОЕСР

Джерело: [4]

Так, Міністерство охорони здоров'я відповідає за управління субнаціональними витратами на охорону здоров'я в Фінляндії, Франції, Угорщині, Японії, Корея, Нідерландах та Словаччині. Міністерство фінансів здійснює контроль за субнаціональними витратами уряду на охорону здоров'я в Чеській Республіці, Данії, Італії та Швеції.

Ефективні децентралізовані системи охорони здоров'я, як правило, визначають чіткі переліки медичної допомоги з відповідними функціями та повноваженнями для кожного рівня влади та суб'єкту, з тим щоб уникнути дублювання функцій та послуг, а також цьому сприяють розроблені субнаціональні

бюджетні правила для зменшення фіскальних ризиків при фінансуванні охорони здоров'я. Проблема визначення оптимального співвідношення обсягу фінансових ресурсів між різними рівнями влади фінансування медичної допомоги в умовах децентралізації стали одними із провідних цілей реформи фінансування галузі протягом останніх декількох років в багатьох країнах ЄС. Зокрема, ці проблеми були центральними питаннями територіальної реформи в Данії у 2007 році. Фінляндія планує скоротити кількість регіонів та об'єднати громади, які здійснюватимуть фінансування охорони здоров'я найближчими роками [4]. Однак, висновок щодо ефективності таких реформ може бути зроблений тільки через декілька років.

Використання цільових показників фінансування охорони здоров'я для місцевих органів влади є досить поширеною практикою серед країн ОЕСР. У деяких країнах центральні уряди можуть вживати рішучих дій щодо відмови фінансування неефективні медичні установи та окремі типи медичних послуг. Наприклад, в Польщі в 2013 році муніципалітети були змушені приватизувати лікарні, які є фінансово неефективними. Це рішення було прийнято як складова частина загальної стратегії приватизації Польської системи охорони здоров'я [4]. За такого стану речей, можна говорити про впровадження ринкових засад до управління галуззю, а також про домінування в даному випадку такого типу децентралізації як дивестиція. Так, дивестиція є прямою передачею функцій планування та надання медичної допомоги від владних інститутів організаціям неурядового некомерційного та комерційного секторів у сфері охорони здоров'я. Як свідчить зарубіжний досвід, зазвичай дивестиція є не основною та не найважливішою формою децентралізації, оскільки вона опосередковано пов'язана з діяльністю органів влади.

Рівень співвідношення ринкових сил та державного втручання в сфері медичного обслуговування залежить від характеру сприйняття в тій чи іншій країні послуг охорони здоров'я як економічного блага. Важливо визначити, чи визначається медична допомога в основному як спожите в приватному порядку благо, фінансування якого є справою кожного громадянина; або як загальне благо, яке має розподілятися рівномірно між усіма незалежно від можливості його оплати; в цьому випадку споживання блага фінансується колективно.

Висновки. Узагальнення міжнародного досвіду децентралізації систем охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що її напрями та механізми залежать від:

- 1) ролі держави у фінансуванні системи охорони здоров'я, регламентації діяльності медичних установ та організації надання медичної допомоги;
- 2) концептуальних засад децентралізації влади в країні;

Крім того, необхідно звернути увагу на те, що взаємозв'язок між окремими формами децентралізації та функціонуванням системи охорони здоров'я може бути непрямим або нечітко вираженим. Більше того, децентралізація є лише одним з багатьох груп факторів, який впливає на ефективність організації та фінансування системи охорони здоров'я.

З цих позицій, результати реформ охорони здоров'я в провідних країнах світу можуть стати уроками для України, оскільки сьогодні одним із стратегічних напрямів державної політики стає трансформація системи фінансування охорони здоров'я, яка має бути зорієнтована на забезпечення їх довгострокової стійкості, у тому числі, шляхом підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я, а також оптимізації управління видатками галузі, у тому числі на засадах децентралізації.

Проведений аналіз кращої міжнародної практики децентралізації в охороні здоров'я дозволяє обґрунтувати необхідність реалізації наступних заходів: оптимального поєднання централізації та децентралізації в управлінні системою охорони здоров'я; підвищення ролі закладів охорони здоров'я, як основних суб'єктів системи; надання керівникам установ необхідної самостійності в управлінні фінансовими ресурсами при одночасному підвищенні відповідальності та контролю за результатами роботи, що потребують зміни статусу установ. Реалізація окреслених заходів дозволить вивести систему охорони здоров'я на новий рівень розвитку та побудувати систему охорони здоров'я на основі впровадження сучасних провідних принципів управління в галузі, у тому числі на засадах децентралізації, підвищити якість медичних послуг, зменшити фінансові та територіальні бар'єри доступу до медичної допомоги.

Література.

1. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: «Весь Мир», 2002. — 352 с. - [електронний ресурс]. — Доступно з: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf (Accessed 2 November 2016).
2. Adolph C, Greer S., Fonseca E. Allocation of Authority in European Health Policy // Social science and medicine. — 2012, — vol. 75 (9): p 1595—1603 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://faculty.washington.edu/cadolp/articles/aoa.pdf> (Accessed 2 November 2016).
3. General government expenditure by function (COFOG. —) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=en (Accessed 2 November 2016).
4. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. — 2015[електронний ресурс]. — Доступно з: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en (Accessed 2 November 2016).
5. Paris V., Devaux M., Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers, 2010. - № 50, OECD Publishing. Доступно з: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfxq9qbnr.pdf?expires=1447958792&id=id&accname=guest&checksum=8B12C1743E850AA514BBA3FB87B1090E>(Accessed 2 November 2016).
6. Saltman R. B., Bankauskaite V. , Vrangbek K. Decentralization in health care: strategies and outcomes. World Health Organization: 2007, 298 p. - [електронний ресурс]. — Доступно з: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf (Accessed 2 November 2016).
7. Saltman R. Decentralization, re-centralization and future European health policy //European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 2, 104–106 - [електронний ресурс]. — Доступно з: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf> (Accessed 2 November 2016).

References.

1. Mossialos, Je. Dikson, A. Figeras, Zh. and Kutcin,D. (2002), "Funding health care: options for Europe", available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf [in Russian]. (Accessed 2 November 2016).
2. Adolph, C, Greer S. & Fonseca, E. (2012) Allocation of Authority in European Health Policy // Social science and medicine. vol. 75(9). Retrieved from <http://faculty.washington.edu/cadolp/articles/aoa.pdf> (Accessed 2 November 2016).
3. Eurostat (2016), "General government expenditure by function", available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=en (Accessed 2 November 2016).
4. OECD. (2015) Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris. OECD Publishing. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en (Accessed 2 November 2016).
5. Paris, V. Devaux, M. and Wei, L. (2010), "Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries", OECD Health Working Papers., vol. 50, available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfxq9qbnr.pdf?expires=1447958792&id=id&accname=guest&checksum=8B12C1743E850AA514BBA3FB87B1090E>(Accessed 2 November 2016).
6. Saltman R. B., Bankauskaite V. , Vrangbek K. (2007). Decentralization in health care: strategies and outcomes. *World Health Organization*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf (Accessed 2 November 2016).
7. Saltman R. (2008). Decentralization, re-centralization and future. *European health policy*. European Journal of Public Health. 18, 2, 104–106. Retrieved from <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf> (Accessed 2 November 2016).

Стаття надійшла до редакції 20.11.2016 р.

