

УДК 351.77:368.9.06

О. П. Коваль,

д. е. н., с. н. с., завідувач сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики, Національний інститут стратегічних досліджень

Т. П. Авраменко,

к. держ. упр., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національна академія державного управління при Президентові України

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

A. Koval,

PhD, Senior Scientist, Head of sector management of social risks of social policy, the National Institute for Strategic Studies

T. Avramenko,

PhD, doctoral student of Public Management in Health Care, National Academy of Public Administration, office of the President of Ukraine

THE INTRODUCTION OF MANDATORY PUBLIC HEALTH INSURANCE AS A PART CHANGE MANAGEMENT IN HEALTH CARE IN UKRAINE

Здійснено економічне та організаційне обґрунтування доцільності запровадження обов'язкового державного медичного страхування в Україні. Проаналізовано останні два законопроекти щодо запровадження обов'язкового медичного страхування. Виявлено проблеми та недоліки медичного страхування в сучасних умовах, подано рекомендації щодо їх усунення.

Economic and institutional rationale for mandatory public health insurance in Ukraine. Analysis of the last two bills on mandatory health insurance. The problems and disadvantages of medical insurance under current conditions are discovered and recommendations for their elimination are given.

Ключові слова: управління змінами сфери охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування, якість медичної допомоги, доступність по грошам, середній рівень заробітної плати.

Key words: change management of health care, obligatory medical insurance, quality of care, access to money, the average wage.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Сучасне державотворення відбувається на тлі кардинальних змін, обумовлених складними політичними та соціально-економічними проблемами, пошуку шляхів виходу із кризи (не лише економічної, але й соціальної, демографічної, кадрової тощо). Однією із найбільших соціально значущих (щодо забезпечення соціального ефекту економічного зростання) і соціально чутливих сфер, яка потребує перегляду підходів щодо формування державної політики подальшого розвитку є сфера охорони здоров'я (далі — СОЗ). Адже цілком очевидно, що перебудова лише медичної галузі, удосконалення лікувально-діагностичного процесу не здатні змінити ситуацію, що склалася в Україні з охороною здоров'я. Проблеми СОЗ в Україні мають значно ширший, багатаспектний комплексний характер, що обумовлює необхідність:

— оновлення політики державного управління охороною здоров'я;

— розроблення і реалізацію нових стратегій та програм розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я;

— перегляду позицій щодо забезпечення збереження здоров'я нації в умовах як системних, так і внутрішньогалузевих змін.

Одним із інструментів державного управління змінами СОЗ, який може суттєво вплинути як на розвиток власне медичної галузі, так і на доступність населення до якісної медичної допомоги, є запровадження обов'язкового державного медичного страхування (далі — ОМС). Адже згідно одного з останніх соціологічних опитувань майже 90 % українців незадоволені якістю медичного обслуговування. Зокрема, повну незадоволеність якістю державного медичного обслуговування висловили 32 % українців, а 55 % скоріше не задоволені якістю послуг охорони здоров'я [6].

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Протягом багатьох років в Україні серед політиків, науковців, медичної спільноти та й громади в цілому точаться суперечки щодо необхідності й можливості запровадження ОМС. Даній тематиці присвячено не одне наукове дослідження. Зокрема, основні проблеми теорії та практики медичного страхування досліджували такі вітчизняні вчені, як В. Базилевич, О. Виноградов, М. Мних, М. Поліщук, В. Рудий, В. Черненко, В. Стеценко, Т. Стецюк та ін. Питання удосконалення державного управління сферою охорони здоров'я в розрізі запровадження медичного страхування висвітлені в наукових працях таких науковців, як М. Білинська, Р. Богатирьова, Ю. Вороненко, Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Леха, В. Москаленко, Г. Слабкий, І. Солоненко, Я. Радиш, В. Рудий та ін.

Незважаючи на досить вагоме наукове дослідження даної проблеми, недостатньо вивченими залишаються питання економічного обґрунтування подальшого розвитку медичної галузі в умовах системних змін, у тому числі й запровадження ОМС. Майже відсутні наукові праці, які б проводили критичний аналіз законодавчої бази, попередніх стратегій та концепцій реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Разом з тим, саме наведені питання є край важливими для прийняття правильних, науковообґрунтованих управлінських рішень, особливо у питаннях вироблення єдиного бачення побудови української моделі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки. Адже геополітичні, економічні, етнічні, демографічні, екологічні, географічні, психологічні, культурні, історичні та інші особливості України унеможливають "сліпе" запозичення зарубіжних моделей систем охорони здоров'я для впровадження в Україні. Усе вищезазначене й обумовлює актуальність даного дослідження.

ЦІЛІ СТАТТІ

Основними цілями даної статті є розгляд проблеми становлення системи ОМС в Україні з позиції його економічного та організаційного обґрунтування. Також у статті авторами ставилась мета провести аналіз двох останніх законопроектів, зареєстрованих у ВРУ щодо запровадження ОМС.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Попри відносно стабільне фінансування галузі, експерти відмічають неефективність та непрозорість використання бюджетних коштів та сталу комерціалізацію відносин "лікар — пацієнт". Узагальненими вадами сучасної системи охорони здоров'я є дві: низька якість та недостатня доступність медичних послуг. При цьому доступність найчастіше розглядається з двох позицій: доступність територіальна та доступність по грошах.

1. Якість медичного обслуговування. Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коefіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у "старих" країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу — в 20 разів вищий [3].

2. Територіальна доступність. Адміністративно-територіальна побудова системи лікувальних закладів, успадкована від Радянського Союзу, спиралась на тодішню кількість та структуру населення. Низка демографічних процесів пострадянського періоду (вимирання населення, зміна його вікової структури, еміграція та внутрішня

міграція, скорочення сільського населення на користь міського тощо) не супроводжувалась адекватними змінами в структурі лікувальних закладів. Наразі в багатьох випадках має місце перевантаженість лікувальних закладів у містах, на противагу недовантаженню у сільській місцевості. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців [18]. Стационарна медична допомога стає все більше віддаленою від українського села, прирікаючи його на вимирання [18].

3. Доступність по грошам. Тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я є надзвичайно високим. Заміщення дешевих вітчизняних дорогими імпортованими ліками, нестача медикаментів у лікувальних закладах, "тіньові" платежі за лікування та обстеження, завищена вартість послуг приватного сектора тощо призводять до того, що якісне медичне обслуговування стає доступним все меншій кількості громадян. Згідно офіційної статистики, витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг. Незаможні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги [3].

Протягом тривалого терміну одним зі шляхів покращення якості та доступності охорони здоров'я дискутується перспектива запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. Принципова можливість цього заходу передбачена низкою законодавчо-нормативних актів: статтею 49 Конституції України та статтями 4 та 25 Закону України "Основні законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування" [7]. До того ж, III-м етапом Програми економічних реформ на 2010—2014 роки передбачено підготовку до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування [3]. Тобто цей вид державного страхування передбачений на законодавчому рівні ще з 1998 року, але досі не запроваджений.

Протягом останнього десятиріччя на розгляд ВРУ було внесено 16 (!) законопроектів щодо обов'язкового медичного страхування: 2003 р. — 2 законопроекти (№ № 3370, 4505), 2004 р. — 3 (№ № 3370-1, 4505-1, 5655), 2007 р. — 4 (№ № 3155, 3155-1, 1040, 1040-1), 2008 р. — 2 (№ № 1040-2, 2191), 2009 р. — 2 (№ № 4744, 4279), 2012 р. — 1 (№ 10077), 2013 р. — 2 (№ № 2597, 2597-1). Загальна кількість публічних заходів з цього питання достеменно невідома. Необхідність цього кроку визнається усіма без винятку зацікавленими сторонами: пересічними громадянами, працівниками СОЗ, державою тощо.

У березні — квітні поточного року у ВРУ зареєстровано два законопроекти під майже ідентичними назвами, а саме:

— Проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 р.) (далі — законопроект № 2597) [14];

— Проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне медичне страхування" (реєстр. № 2597-1 від 05.04.2013 р.) (далі — законопроект 2597-1) [15].

Законопроекти анонсовано як альтернативні. Натомість концептуально вони абсолютно не розрізняються. Метою обох актів, серед іншого, є диверсифікація джерел грошових коштів на медичну допомогу громадянам України. Проаналізуємо потенційну ефективність запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в контексті вищенаведених вад сучасної системи охорони здоров'я.

1. Якість медичного обслуговування. Двома визначальними складниками медичного обслуговування є матеріально-технічна база медичних закладів та кваліфікація персоналу.

Переважна більшість вітчизняних медичних закладів дійсно потерпають від нестачі фінансування на оновлення діагностичного та лікувального обладнання. У цьому сенсі запровадження додаткового джерела грошових коштів потенційно здатне змінити ситуацію на краще.

Натомість кваліфікація персоналу якщо й залежить від фінансування, то вельми опосередковано. Серед причин зниження рівня кваліфікації кадрів експерти називають:

- відсутність державної концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я в Україні;

- недосконалість механізмів контролю за виконанням процедури працевлаштування випускників вищих медичних закладів освіти, які навчались за державним замовленням, та покарання за невиконання процедури працевлаштування;

- недосконали система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я;

- брак мотивації та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності

- невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери [10].

Вказані проблеми, за винятком мотивації, не вирішуються простим збільшенням фінансування галузі.

2. Територіальна доступність. Ця задача не є унікальною для України. Переважна більшість країн світу намагається "скоротити шлях пацієнта до лікарні" за рахунок розширення мережі лікувальних закладів. Але в Україні, на жаль, відбувається зворотний процес — мережа лікувальних закладів поступово скорочується. Хоча у ряді випадків для цього є об'єктивні підстави, загалом територіальна доступність, зокрема у сільській місцевості, постійно погіршується.

Якщо у відносно великих населених пунктах проблему наближення медичної допомоги до місць проживання можна вирішити не тільки за рахунок відкриття нових, але й розширення "виробничих потужностей" наявних медичних закладів, то у сільській місцевості проблема впирається у відкриття (поновлення роботи) лікарських амбулаторій. Натомість сільські громади надто нечисленні та не самодостатні, щоб самостійно утримувати медичну сферу або бути цікавими для приватних постачальників медичної допомоги (в термінології обох законопроектів).

Отже, з великою долею ймовірності можна припустити, що запровадження обов'язкового медичного страхування потенційно здатне підвищити територіальну доступність на рівні районних центрів та вище. Натомість сільська місцевість навряд чи стане фінансово цікавою для приватного підприємництва в галузі медицини.

3. Доступність по грошам. Це єдина проблема, яку обов'язкове медичного страхування вирішить щонайменше частково, якщо не повністю.

Отже, запровадження ОМС потенційно здатне підвищити доступність медичної допомоги в грошовій та частково в якісній компонентах. Підвищення територіальної доступності залишається під сумнівом.

Для більш детальної оцінки потенційних наслідків запровадження системи проаналізуємо, для початку — максімально узагальнено, співвідношення потенційних обсягів щорічних страхових внесків та бюджетних видатків на охорону здоров'я.

Згідно пояснювальних записок до обох законопроектів щорічні надходження до Фонду загальнообов'язкового медичного страхування становитимуть 21,4 млрд грн. (в показниках 2012 р.), з них:

- фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування України та місцеві органи виконавчої влади за окремі категорії непрацюючих осіб та дітей для забезпечення медичними послугами — 5,8 млрд грн. (12,2 млн осіб x 473 грн.);

- роботодавці сплачують страхові внески для забезпечення застрахованих осіб медичними послугами — 15,6 млрд грн. (3 % від фонду оплати праці) [13].

При цьому слід врахувати, що за розрахунками Інституту праці і зайнятості населення чисельність працівників Фонду, які виконуватимуть тільки функції по плануванню, укладанню договорів, обліку щодо надання медичних послуг, орієнтовно має становити 4,7 тис. осіб. Крім того, така ж чисельність необхідна для виконання функцій фінансування, бухгалтерського обліку, кадрового, юридичного, організаційного та обслуговуючого забезпечення. Тобто орієнтовно чисельність Фонду може становити 9 тис. осіб [16]. Виходячи з середньої заробітної плати 3025,00 грн. (на кінець 2012 року) витрати на адміністрування Фонду становитимуть щонайменше 0,5 млрд грн. Отже реальна сума, що може бути спрямована на оплату медичних послуг, становитиме 20,9 млрд грн.

Проаналізуємо структуру витрат на охорону здоров'я у 2012 році. Так, у зведеному бюджеті на 2012 рік видатки на охорону здоров'я складають — 55,2 млрд [9], з них:

- видатки Державного бюджету України (без урахування субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам) — 8,1 млрд. З них видатки безпосередньо на лікування та діагностику складають 1,5 млрд грн. [12];

- видатки місцевих бюджетів — 47,1 млрд грн. [1].

Отже, сумарні видатки зведеного бюджету на лікування та діагностику складають 48,6 млрд грн. Тепер врахуймо, що видатки споживання (оплата праці, комунальні послуги та енергоносії) становлять в середньому по галузі 85 %, тоді як видатки розвитку — 15 % [11]. У грошовому обчисленні це 41,3 млрд грн. та 7,3 млрд грн.

Одночасно очікується, що запровадження системи дозволить щорічно залучати до 6 млрд грн. на оновлення матеріально-технічної бази лікарень і на 20—30 відсотків підвищувати зарплату лікарям [18].

Якщо витрати розвитку дійсно дорівнюватимуть 6 млрд грн. щорічно, це дозволить протягом кількох років суттєво оновити матеріально-технічну базу галузі.

Відповідно витрати споживання повинні становити решту 14,9 млрд грн. щорічно. Якщо припустити, що хоча б половина цієї суми піде на підвищення заробітної плати персоналу, це дозволить збільшити її розмір більш ніж вдвічі. (За даними офіційної статистики МОЗ України, у 2011 році загальна кількість лікарів (усіх спеціальностей) становила 202370 осіб [10]. Середньомісячна заробітна плата на 31.12.2012 р. в галузі охорони здоров'я склала 2201 грн. [8]).

Отже, з точки зору розвитку галузі запровадження системи виглядає позитивним кроком. Оцінка наслідків такого запровадження для громадян України є суттєво більш ускладненою, тому скористаймося методом аналогій.

Виходячи з запропонованого обома законопроектми розміру страхових відрахувань (3 % від фонду оплати праці), страховий платіж у цифрах 2012 р. складатиме 1089 грн. Натомість найдешевша програма медичного

страхування у одній з провідних вітчизняних страхових компаній коштує приблизно 2860 грн. При цьому загальна страхова сума за договором на 1 застраховану особу складає 70 тис. грн. Її потенційне здешевлення внаслідок великої кількості застрахованих осіб, за думками експертів, сягне щонайбільше 10—15 %. Отже платіж становитиме 2430 грн., тобто майже у 2,5 рази більше середнього платежу, передбаченого законопроектами. Якщо навіть врахувати, що майбутній Фонд медичного страхування, на відміну від страхових компаній, не ставить за мету отримання прибутку, все одно вартість програми становитиме щонайменше 2000 грн.

У цьому випадку не важко здогадатись, що програма, взята як приклад, або зазнає суттєвого скорочення опцій, або зменшення загальної страхової суми. Більш детальні розрахунки є предметом компетенції досвідченого андеррайтера страхової компанії.

Згідно страхового принципу у добровільному медичному страхуванні у випадку вичерпання страхової суми особа втрачає страховий захист. Далі альтернатив лише дві: придбання нового страхового полісу або лікування за гроші.

Зрозуміло, що у вітчизняних реаліях для обов'язкового медичного страхування такий підхід (цілком логічний та справедливий у ринковому суспільстві) є абсолютно неприйнятним. Згідно соціологічних досліджень право на безкоштовне медичне обслуговування визнається українцями важливішим навіть за право на працю [18]. Тобто, якщо людина вичерпує ліміт страхової суми, подальші витрати мають відшкодовуватись за рахунок коштів резервного фонду, а за їх недостатності — за рахунок держбюджету.

Звідси випливає, що головними концептуальними проблемами, вирішення яких повинно передувати запровадженню системи, є методика тарифоутворення та обсяги державних гарантій щодо надання медичної допомоги. При цьому останні повинні узгоджуватись з фінансовими ресурсами системи. Отже перед експертами стоїть надзвичайно складне і важливе завдання щодо розроблення та затвердження обсягу державних гарантій надання громадянам України безоплатної медичної допомоги, який, найімовірніше, має переглядатись щорічно одночасно з прийняттям закону про Державний бюджет України з урахуванням обсягу видатків на охорону здоров'я.

Насамкінець оцінимо запропонований захід з точки зору роботодавця. Опоненти в як аргумент "contra" прогнозують подальшу тінізацію економіки внаслідок підвищення навантаження на фонд заробітної плати. На нашу думку, ці побоювання є безпідставними. Експерти давно дійшли згоди, що тінізація економіки є наслідком інших причин. А позиція спільного представницького органу сторони роботодавців на національному рівні з питання запровадження обов'язкового медичного страхування, незважаючи на деякі заперечення та застереження неконцептуального характеру, є однозначно схвальною [17]. З другого боку, прихильність приватних роботодавців до добровільного медичного страхування лише зростає. Так, протягом 2012 року сума страхових платежів з цього виду страхування лише у ТОП 50 СК "non-life" сягнула 1,2 млрд грн. [21]

Наразі не можна стверджувати, що питання запровадження ОМС є предметом великого інтересу для експертів, урядовців та представників страхового ринку. За заявами високопосадовців, систему не буде запроваджено протягом найближчих років через брак ресурсів для реформування системи охорони здоров'я [4]. На

червневих 2013 р. парламентських слуханнях "Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України" темі майже не було приділено уваги. Вочевидь, ОМС спіткає доля накопичувального пенсійного забезпечення. Але якщо пенсійна сфера протягом тривалого часу була предметом ретельного вивчення, обов'язкове медичне страхування й досі відчуває брак концептуальних досліджень.

Згідно статті 49 Конституції України [5] у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Ця теза є ключовим аргументом проти запровадження обов'язкового медичного страхування. При цьому поза увагою залишаються чотири факти.

1. На сьогодні вказана норма Конституції все більше позбувається реального змістовного наповнення, натомість набуваючи декларативних ознак. Такий стан охорони здоров'я потребує негайного втручання.

2. Медичні послуги фінансуються зі зведеного бюджету, але цього недостатньо. Брак фінансування компенсується особистими витратами громадян. Натомість згідно запропонованої схеми сплати страхових внесків (нарахування на заробітну плату) медицина дійсно стає безкоштовною для громадянина. Обов'язкове медичне страхування є частиною механізму реалізації конституційного права громадян на безкоштовну медичну допомогу.

3. Переважна більшість українців (57,2 %) позитивно ставляться до запровадження обов'язкового медичного страхування [2].

4. Більш дієвих шляхів реформування медичної галузі наразі не пропонується.

Разом з тим міжнародний досвід свідчить, що ОМС допомагає розв'язати розрив між вартістю сучасного лікування високої якості та фінансової спроможності населення сплатити за медичні послуги вищої кваліфікації.

Причиною зволікання з запровадженням системи найчастіше називають невирішеність наступних питань:

— допуск до системи приватних страхових компаній. Чи повинні вони бути суб'єктами системи, чи ні? А якщо відповідь позитивна, то якими має бути їх місце та роль?

— статус страховика. Чи повинен бути створений окремий Фонд загальнообов'язкового медичного страхування, як того потребує чинне законодавство, чи ці функції можуть бути покладені на вже існуючу структуру, в якості якої найчастіше називають Фонд тимчасової втрати працездатності?

— адміністративні складнощі створення нового Фонду [16] тощо.

Вищенаведені причини, безумовно, є значущими, але не носять концептуального характеру. Не бракує також безликих заяв на кшталт "суспільство не готове", "галузь не готова", "державна не готова", "брак ресурсів" тощо. Складається стійке враження, що проблематика просто недостатньо осмислена експертною спільнотою.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Таким чином, проведене дослідження дає нам підстави стверджувати, що на сьогодні запровадження обов'язкового медичного страхування є одним із тих механізмів змін, який може не лише суттєво покращити економічно-організаційну діяльність вітчизняної сфери охорони здоров'я, але й сприятиме досягненню основної мети Програми економічних реформ на 2011—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", в частині реформування вітчизняної сфе-

ри охорони здоров'я — поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [3].

Звичайно, є ризики, є ряд невирішених проблем, які можуть стати на заваді ефективності впровадження даного механізму. Але з даного дослідження очевидно, що система має бути запроваджена якнайшвидше, виключно за умови розв'язання двох дійсно концептуальних проблем:

— відсутність методики визначення розміру тарифів медичних послуг;

— невизначеність обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги.

Насамкінець зазначимо наступне. Деколи, навіть від поважних експертів доводиться чути, що ОМС є альтернативою системі Семашко. Це абсолютно хибна точка зору. Основою, трьома "китами", на яких ґрунтується система Семашко, є наступні: профілактика у поєднанні з ранньою діагностикою, територіальна доступність медичної інфраструктури до населення та жорстка, але ефективна відомча вертикаль (від ФАПів та поліклінік до профільних медичних НДІ, тобто від дільничного лікаря до науковців) [20]. Отже, за відпрацьованої та ефективної системи адміністрування (зокрема, грошових потоків) модель фінансування систем не відіграє суттєвої ролі.

Запровадження ОМС — це, насамперед, перехід з бюджетної до бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я. Він (перехід) повинен відбуватися у такий спосіб, щоб жодним чином не зруйнувати ті дійсно ефективні принципи функціонування системи Семашко, які свого часу були визнані найкращими в світі і які й досі залишаються такими.

Комплексний підхід до вирішення проблем сфери охорони здоров'я, врахування всіх можливих ризиків у ході виконання поставлених завдань — і є основою державного управління змінами сфери охорони здоров'я. Розкриттю цих аспектів і будуть присвячені подальші наші дослідження.

Література:

1. Бюджетний моніторинг: аналіз виконання бюджету за 2012 р. [Електронний ресурс] / Інститут бюджету та соціально-економічних відносин. — Режим доступу: http://www.ibser.org.ua/UserFiles/File/Monitor%20Quarter%202012/KV_IV_2012_Monitoring_ukr.pdf
2. Дані соціологічної служби Центру Разумкова [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.razumkov.org.ua/ukr/article.php/poll.php?poll_id=220
3. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава / Програма економічних реформ на 2010 — 2014 роки. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
4. Запровадження обов'язкового медичного страхування відкладається [Електронний ресурс] — Режим доступу: <http://zik.ua/ua/news/2013/04/08/402845>
5. Конституція України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/>
6. Майже 90 % українців незадоволені якістю медичного обслуговування [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://news.mail.ru/inworld/ukraine/global/112/society/13523255/?frommail=1>
7. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14 січ. 1998 року N 16/98-ВР [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/>

show/16/98-%D0%B2%D1%80

8. Офіційні дані Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

9. Офіційні дані Міністерства фінансів України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=353252&cat_id=326268

10. Попченко Т. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка. НІСД [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>

11. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. / Т. П. Попченко. — К.: НІСД, 2012. — 96 с.

12. Про Державний бюджет України на 2012 рік: Закон України від 22 груд. 2011 року N 4282-VI [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4282-17>

13. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: пояснювальна записка до проекту Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=46242&pf35401=255260>

14. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: Проект Закону від 21 берез. 2013 р. № 2597 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=46242.

15. Про загальнообов'язкове державне медичне страхування: Проект Закону від 05 квіт. 2013 р. № 2597-1 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=46465

16. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: висновок Головного науково-експертного управління на проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 21 берез. 2013 р. № 2597 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=46242&pf35401=265152>

17. Рекомендації учасників "круглого столу" на тему: "Запровадження медичного страхування: що очікує роботодавців та працівників" від 28 жовтня 2010 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://ua.fru.org.ua/zaprovadzhennya-medichnogo-straxuvannya-shho-ochikuye-robotodavciv-ta-pracivnikiv-2/>

18. Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України: Парламентські слухання 5 червн. 2013 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/SL050613.htm

19. Що стало навіть причиною появи низки законопроектів щодо заборони скорочення закладів охорони здоров'я. Див. наприклад, проект закону України про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я (реєстр. № 2201 від 06.02.2013 р.).

20. Юдина О. Реквієм по українській медицині [Електронний ресурс] / О. Юдина, В. Теплов. — Режим доступу: <http://hvylya.org/analytics/society/rekviem-po-ukrainskoy-meditsine.html/>

21. Insurance Top. [Електронний ресурс]. — 2013. — № 1. — Режим доступу: <http://forinsurer.com/news/13/06/10/29416/>

Стаття надійшла до редакції 06.08.2013 р.