

*О. І. Ушакова,  
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ*

# ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

O. Ushakova,  
Postgraduate Student, Department of Public Health, National Academy of Public Administration,  
the President of Ukraine, Kyiv, Ukraine

DECENTRALISATION OF MANAGEMENT AND FINANCING OF HEALTH CARE:  
INTERNATIONAL EXPERIENCE FOR UKRAINE

---

**Стаття присвячена обґрунтуванню принципів децентралізації управління та фінансування у сфері охорони здоров'я, а також особливостей приватизації. На основі міжнародного досвіду обґрунтовано основні принципи приватизації у сфері охорони здоров'я в Україні.**

**In the article is grounded improvement direction of the decentralization of health care management and financing. The author developed the conceptual model of organizational mechanism public health administration, several general principles of privatizations.**

---

*Ключові слова: державне управління, організаційно-правовий механізм, охорона здоров'я, децентралізація, фінансування, приватизація, якість та доступ до медичних послуг.*

*Key words: public administration, organization and legislation mechanisms, public health, decentralization, financing, privatization, quality and access in health services.*

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Особливості державного управління, фінансування та організації системи охорони здоров'я, пріоритети її діяльності, соціальна справедливість в доступі до необхідних медичних послуг є ключовими факторами збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. Державне управління та організаційні особливості системи охорони здоров'я спрямовані на підвищення ефективності її діяльності через цілеспрямовані зміни функцій (взаємодія між організаціями) та структури (кількість і види закладів в системі) на різних рівнях, а також на забезпечення оптимального співвідношення між державними і приватними надавачами медичних послуг, порядку розподілу відповідальності між ними для досягнення основних цілей державної політики у цій сфері. В сучасних умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні

необхідним є обґрунтування сутності та основних принципів і механізмів децентралізації управління та фінансування зазначеної сфери, здійснення приватизації за окремими напрямками діяльності, оптимізація співвідношення між приватизацією та конкуренцією, а також між суспільним і приватним секторами як формами власності.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Реагуючи на еволюцію зовнішнього середовища, яке впливає на діяльність системи охорони здоров'я, зокрема суспільних потреб, мінливих умови і проблем у зазначеній сфері у багатьох країнах світу розробляються стратегії проведення реформ на різних рівнях системи. Одним з пріоритетних напрямів перебудови системи охорони здоров'я є децентралізація і переда-

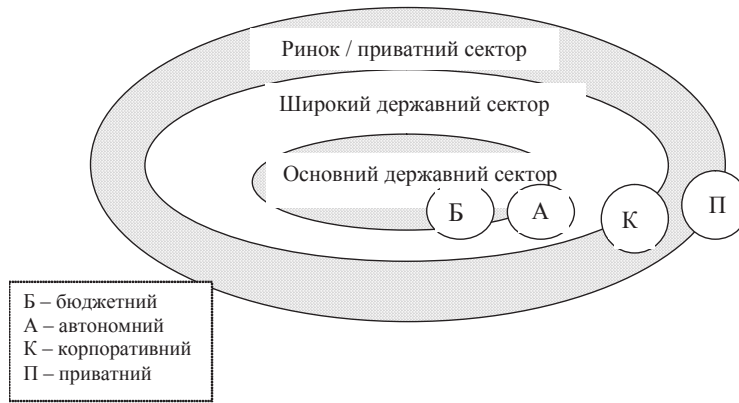


Рис. 1. Моделі організації закладів охорони здоров'я

ча повноважень на нижчі рівні державного управління, а також залучення приватного сектора до надання послуг з охорони здоров'я. У працях вітчизняних вчених (В.М.Лехан, В.Ф.Москаленко, В.М.Рудий) пропонуються всебічні концепції теорії і політики реформування сфери охорони здоров'я в Україні. З іншого боку, окремі автори (І.В.Рожкова, Н.Д.Солоненко, А.Малагардіс, Р.Салтман та інші), посилаючись на ряд факторів, зокрема таких, як історичні, політичні, економічні обґрунтовують системність та логічність розвитку державного управління реформуванням охорони здоров'я і вказують на доцільність поетапних еволюційних змін у сфері захисту здоров'я населення [1—3, 4—5, 9, 10].

Децентралізація управління та фінансування сфери охорони здоров'я є основним механізмом реформування в багатьох європейських країнах. Тоді як перші три типи децентралізації управління, а саме деконцентрація, передача функцій і делегування повноважень широко висвітлюються і обговорюються в наукових працях вітчизняних та іноземних авторів, на нашу думку, виникла потреба в оновленні методологічних засад приватизації у сфері охорони здоров'я в контексті досвіду окремих країн світу. Цілі державної політики у сфері охорони здоров'я, перш за все, залежать від переважаючих соціальних цінностей в окремій країні та очікуваних результатів. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду вказує на те, що фінансова децентралізація та приватизація у сфері охорони здоров'я не вирішують питання контролю над обмеженими видатками, не збільшують доходи та задоволення постачальників послуг, що є важливою проблемою в багатьох країнах з перехідною економікою. Найбільш важливим спрямуванням децентралізації управління та фінансування у сфері охорони є, перш за все, такі цілі, як ефективність діяльності системи та суспільна справедливість щодо отримання необхідних, медично обґрунтованих послуг [4—6, 8—10].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою статті є обґрунтування принципів та механізмів децентралізації управління і фінансування у сфері охорони здоров'я, зокрема розвитку приватизації за окремими напрямками діяльності, з'ясування особливостей встановлення рівноваги між суспільними та приватними інтересами на основі порівняльного аналізу міжнародного досвіду.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Традиційна класифікація систем охорони здоров'я може бути представлена як соціальне медичне страхування (страхові внески на основі доходу, послуги надаються організаціями і приватного, і державного сектора); модель охорони здоров'я, яка фінансується централізовано з державного бюджету та коштів місцевих бюджетів (за рахунок податків, послуги надаються в основному державними установами) та приватне медичне страхування (фінансується роботодавцями або самими громадянами, послуги надаються приватними організаціями) [3, 5, 10].

Хоча ця класифікація базується на переважаючому законодавчо визначеному механізмі фінансування сфери охорони здоров'я, "чистої" системи не існує: система бюджетного фінансування часто включає елементи соціального страхування, а страхова система — елементи бюджетної. Тому назвати ту чи іншу систему охорони здоров'я виключно державною або приватною неможливо, тому що вони містять поєднання різних типів фінансування та діяльності, кожен з яких може бути суспільним, приватним або змішаним — суспільно-приватним.

Одним із сучасних напрямів перебудови системи охорони здоров'я є пошук раціонального співвідношення між суспільним і приватним секторами. Не дивлячись на те, що з цього приводу ведуться тривалі всебічні обговорення, значення цього співвідношення залишається не зовсім ясним і часто недооціненим. Так, саме поняття "приватизація" у сфері охорони здоров'я — термін, який часто використовується без точного розуміння значення. За окремими напрямками діяльності системи охорони здоров'я співвідношення між суспільним і приватним секторами може бути різним. Крім того, очевидно, що при реформуванні галузі орієнтація тільки на суспільну або тільки на приватну систему охорони здоров'я практично не має сенсу, тому що складність стосунків в зазначених системах не дозволяє чітко окреслити відмінності між суспільним і приватним [9].

Відповідно до класифікації, яка використовується в Канаді та розроблена професорами Дж. Стод-

дартом і Р. Лабелем можна виокремити шість економічних функцій, які здійснюються в системах охорони здоров'я: власність на засоби обслуговування і постачання послуг, фінансування, управління, адміністрування, регулювання та надання інформації [9].

Власність на засоби обслуговування і постачання послуг. Кожна система охорони здоров'я може містити поєднання суспільних і приватних складових. У зарубіжних країнах останнім часом очевидна тенденція до збільшення частки приватного сектору у наданні стаціонарної медичної допомоги, який досить активно конкурує з державними закладами охорони здоров'я, надаючи якісні послуги та більш комфортні умови перебування. Використання різних форм власності сприяє впровадженню ринкових стимулів, підвищенню якості та ефективності управління ними. Причому характер державно-приватної взаємодії істотно різниться [6—10].

У сучасних системах охорони здоров'я розрізняють 4 основні організаційно-правові моделі закладів охорони здоров'я: бюджетний, автономний, корпоративний та приватний (рис. 1).

Бюджетні заклади охорони здоров'я повністю підлегли державному управлінню та регулюванню. Основне джерело коштів для них — це кошти державного та місцевих бюджетів, а фінансування здійснюється на основі постатейного використання ресурсів. Управляють такими закладами, по суті, державні чиновники — управлінці бюджетної сфери; всі рішення, зокрема стосовно оплати праці, ухвалюються директивними документами органів державної влади. В автономних закладах охорони здоров'я розподіл загального бюджету здійснюється на основі фінансового плану, в межах якого заклад має право самостійно розпоряджатися коштами, зокрема і запроваджувати механізм диференційованої оплати праці. Контроль держаних регулятивних організацій зберігається, але лише в чітко окреслених межах. Крім того, заклад охорони здоров'я має право отримувати плату з деяких категорій хворих і утримувати за собою невитрачені бюджетні кошти. У корпоративних закладах охорони здоров'я майже всі управлінські, організаційні та фінансові рішення ухвалюються в межах закладу. Заклад самостійний, несе повну фінансову відповідальність і підзвітний перед своїм власником (державою). Отриманий прибуток залишається в лікарні, але і збитки не покриваються [2—5, 7—10].

Чому заклади охорони здоров'я державного і приватного секторів ведуть себе по-різному у своїй діяльності? Передусім це стосується стимулів. Приватний сектор, щоб отримати прибуток, має орієнтуватись на ринки: конкуруючі виробники змушені приваблювати споживачів, пропонуючи їм послуги прийнятної якості і вартості, однак вони не зацікавлені в наданні допомоги тим, хто не в змозі платити. Заклади охорони здоров'я державного сектору, що фінансуються з державного бюджету, намагаються надавати значну кількість послуг, сподіваючись, що їх споживачі будуть здійснювати певний тиск на органи державної влади та місцевого самоврядування,

щоб збільшити бюджет на охорону здоров'я. Існують також державно-приватні відмінності в стимулах для керівників різних рівнів: зарплати та збереження місця роботи керівників приватного сектора часто залежать від прибутку організації. Приватні компанії можуть надавати своїм управлінцям певний пакет акцій, щоб підвищити свою рентабельність. Державні ж управлінці є службовцями бюджетної сфери країни, які мають недостатньо важелів влади та навичок, обмежені в можливостях щодо використання ресурсів, бюрократичними правилами і регулюванням, до того ж багато з них є медичними фахівцями, які не мають управлінської кваліфікації та не зацікавлені в управлінській кар'єрі. Нарешті, є відмінності між приватними і державними найманими працівниками. Однак вибір полярних форм власності та їх співвідношення в охороні здоров'я є досить складним, тому часто на ринку охорони здоров'я діють неприбуткові неурядові організації, які поєднують стимули і відповідальність управлінців з незалежною наглядовою радою. Такі організації можуть бути ефективнішими, ніж негнучкі державні інституції, та мають більші повноваження щодо залучення та розпорядження персоналом закладів охорони здоров'я.

Фінансування як акумулювання доходів системи охорони здоров'я також часто включає суспільні і приватні джерела, починаючи з податків (податки на особистий дохід, на корпоративний дохід, податки з продажів і акцизи тощо) та соціального страхування і закінчуючи приватним страхуванням та прямою оплатою споживачем за надану послугу (включаючи не платежі) приватного сектора.

Термін управління як економічна функція, використовується в найширшому сенсі і стосується стратегічного планування, вироблення тактики і ухвалення управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Адміністрування як економічна функція, використовується для того, щоб позначити щоденні дії та управлінські рішення, які необхідно виконати. Деякими аспектами діяльності у сфері охорони здоров'я, що публічно фінансуються можна управляти конфіденційно, як, наприклад, у разі, коли вимоги, що пред'являються до діяльності суспільної страхової сфери охорони здоров'я суперечать вимогам до приватної фірми.

Регулювання, тобто встановлення норм та правил діяльності, зазвичай втілене в законодавстві. Особливості державного втручання у сферу охорони здоров'я в окремій країні в значній мірі є результатом відмінностей в економіці, соціальній і політичній сферах, в тому числі збереження політичних зобов'язань та інституційних утворень, зокрема стабільність мережі закладів охорони здоров'я. У цих умовах роль державного сектора в забезпеченні здоров'я населення залишається дискусійною. Однак найскладніше практичне питання полягає в тому, що економічна теорія, обгрунтовуючи необхідність втручання держави на ринках медичних послуг, не дає однозначної відповіді про його обсяг і форми, а саме до якої межі державний та приватний сектори компенсують недоліки один одного, а коли почина-

ють використовувати іншого в своїх інтересах, забуваючи в кінцевому рахунку про інтереси пацієнтів?

Поки приватна медична практика у більшості розвинених країн світу формується як додаткова діяльність, то вона може служити як засіб розширення вибору споживача і зниження надмірного попиту на окремі послуги. Але якщо вона буде надмірно зростати, то можлива ситуація, коли найбільш вимогливі споживачі вийдуть з державного сектора, знижуючи тим самим тиск на державу щодо збільшення видатків на охорону здоров'я. Це може призвести до формування двоступеневої системи — високоякісна медична допомога для заможних і недостатньо якісне обслуговування в державній системі для решти громадян, і в свою чергу, до перерозподілу ресурсів від бідних до багатих, а також зростання видатків у приватному секторі (приклад системи охорони здоров'я США).

Нарешті, надання інформації як економічна функція, про вартість, ефективність, потреби в медичному обслуговуванні і його відповідності суспільним потребам відбувається як у державному, так і в приватному секторах систем охорони здоров'я більшості розвинених країн світу.

Зазначені економічні функції у сфері охорони здоров'я є механізми, за допомогою яких в окремих країнах намагаються досягти цілей або результатів реалізації державної політики, зокрема таких, як поліпшення стану громадського здоров'я, забезпечення рівності у доступі до медичного обслуговування і при оплаті за нього, прийнятну ефективність та якість медичного обслуговування, контроль за видатками та задоволення потреб споживачів і надавачів послуг. Тому виклик, що стоїть перед окремими країнами, полягає в тому, щоб знайти оптимальне поєднання суспільної і приватної діяльності у сфері охорони здоров'я в межах і за рамками цих функцій, яке найкраще дасть змогу досягти поставлених результатів. Проте, потрібно розуміти, що приватизація будь-якої функції — засіб, а не самоціль. У кожному конкретному випадку важливо поставити питання: яка мета приватизації і чи є рентабельніші альтернативи, а ніж приватизація для досягнення цієї мети?

Важливий урок міжнародного досвіду полягає в тому, що протиставлення суспільної і приватної власності на засоби обслуговування і постачання послуг з охорони здоров'я може бути одним з найменш важливих аспектів для обговорення, особливо у порівнянні з особливостями механізмів фінансування, управління та регулюючих функцій. Зазначені функції вмещають в себе визначення умов діяльності системи охорони здоров'я (наприклад, забезпечення всеохоплюючого доступу до медичної допомоги, наявність необхідних фахівців охорони здоров'я, дотримання стандартів якості і рентабельності), незалежно від того, чи надаються послуги в суспільних або приватних закладах. Особливості фінансування, управління і регулювання у сфері охорони здоров'я можуть забезпечити контроль над витратами та споживанням послуг, необхідних для досягнення цілей державної політики.

Кожна з моделей організації системи охорони здоров'я має свої переваги і недоліки. Приватні заклади охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на отримання прибутку, будуть себе вести не так, як державні заклади, для яких отримання прибутку не є основним мотивом діяльності. Також особливості управління власністю є важливішими, ніж сама власність. Це не означає, що мотивація управлінців державного сектора, діяльність яких не пов'язана з прибутком, є незначною. Необхідно враховувати, що мотивація отримання прибутку часто перебуває зазвичай в суперечності з суспільно очікуваними результатами.

Окремі механізми фінансування у сфері охорони здоров'я теж мають свої обмеження. Фінансування шляхом приватного страхування або прямої оплати користувача є регресивним, оскільки тягар витрат на охорону здоров'я розподіляється нерівномірно, а щодо доходу, то у незаможних громадян виникають проблеми при доступі до послуг з охорони здоров'я. Міжнародний досвід також свідчить про те, що в цьому разі важко контролювати загальні витрати на охорону здоров'я [7, 8, 10]. Суспільне фінансування як частка державного бюджету, який формується з податкових надходжень, функціонує набагато краще з погляду контролю за видатками у сфері охорони здоров'я, а також є більш прогресивним щодо забезпечення справедливого доступу до послуг. Проте це викликає постійні політичні дебати між урядами в окремих країнах і постачальниками у сфері охорони здоров'я щодо прийнятного рівня послуг (і доходів), оскільки обсяги державного фінансування обмежені. Ця модель також вимагає ефективної системи збору податків, що є проблемою в окремих країнах. Модель суспільного фінансування, заснована на соціальному страхуванні — альтернатива моделі фінансування із загальних податкових надходжень. В рамках таких моделей добре здійснюється контроль за видатками.

Зважаючи на таку безліч особливостей різних моделей фінансування, власності та постачання послуг у сфері охорони здоров'я, при переході від однієї організаційної моделі до іншої необхідно зробити все можливе для дослідження потенційних проблем. Наприклад, перехід від моделі, що фінансується на основі податків, до моделі соціального страхування істотно збільшує потребу у відповідних фахівцях. Еволюція до приватного страхування зумовлює необхідність спрямування державного регулювання на забезпечення суспільно справедливого доступу до послуг з охорони здоров'я всіх громадян.

Інший урок, пов'язаний з небезпекою прирівнювання понять, приватний і конкурентний. Терміни приватний і суспільний мають відношення до статусу, а конкуренція — це процес. Приватний не означає конкурентний, що ілюструється існуванням приватних монополій. І при цьому конкурентний не має на увазі приватний. Конкуренція може використовуватися в межах компонентів системи, які відносяться до суспільної власності або фінансуються з державного бюджету, а також і в приватних інституціях, або при їх взаємодії. Як зазначає Р. Салт-

ман, конкуренція є найбільш успішною в досягненні очікуваних суспільних результатів, коли вона зосереджена безпосередньо на стороні пропозиції і нею обмежена (контрактні неклінічні послуги, контракти на роботу постачальників клінічних послуг, товари-замінники фармацевтичних препаратів тощо) [6, 10].

Третій урок з поточних реформ у сфері охорони здоров'я в окремих країнах, де відбулося розмежування покупців і постачальників послуг з охорони здоров'я, тобто перехід на контрактну модель діяльності, полягає в тому, що у даному випадку нівелюються відмінності між суспільним і приватним секторами у цій сфері. У деяких випадках складність полягає в ухваленні рішення про те, як застосовувати і чи застосовувати взагалі термін "державний" до покупців, які можуть бути квазі-державними, неурядовими організаціями або корпораціями, якими управляють на некомерційній основі.

Можна виділити декілька спільних принципів, які можуть бути використані в контексті кожної окремої країни при реформуванні сфери охорони здоров'я. Немає переваги в однорідності сфери охорони здоров'я — ні для державної, ні для приватної форм власності і окрема країна вибирає свій власний шлях для досягнення поставлених цілей державної політики. Основна мета діяльності сфери охорони здоров'я повинна полягати в тому, щоб досягнення цілей державної політики, забезпечувалася найбільш ефективними засобами.

Якщо принципи приватизації у сфері охорони здоров'я розробляються з урахуванням національних особливостей, вона може підвищити ефективність досягнення цілей державної політики, заохочуючи творчі ініціативи до удосконалення діяльності. Важливо, щоб були чітко визначені цілі державної політики. Якщо є чітка мета перебудови галузі охорони здоров'я, то ступінь доцільності приватизації залежатиме від того, до якої міри вона ефективно допомагатиме в досягненні мети протягом тривалого періоду часу, а також від відносної ефективності альтернатив приватизації. Необхідно розробити та впровадити механізми оцінки рентабельності приватизації.

Вибіркова приватизація ймовірніше буде ефективною у сфері надання послуг, ніж у сфері фінансування. Приватне страхування охорони здоров'я може бути визначене як страхування від вартості медичних витрат. Воно може бути і монополістським, і конкурентним. Якщо приватне страхування у сфері охорони здоров'я монополістське, то частка державного регулювання буде істотною, щоб обмежувати зловживання, перш за все, у формі завищеної вартості послуг. Один із способів контролю в умовах певної монополії полягає в тому, щоб вивести із суспільного страхування на обмежений проміжок часу найрентабельнішого приватного конкурента. Такий контракт важко контролювати і реалізувати. Проте використання слабших форм регулювання зменшує ймовірність досягнення поставлених цілей і неминуче спричинить підсилення контролю і витрати на реалізацію. Також необхідний певний набір більш дос-

коналих механізмів регулювання, якими більшість країн не володіють.

Конкурентоспроможне приватне страхування у сфері охорони здоров'я часто призводить до виникнення ризиків дискримінації в питанні страхових внесків і, в разі людей старшого віку або хронічних хворих, зазвичай призводить до гранично високих страхових внесків, що витісняє їх з ринку. У цьому випадку необхідно розвивати суспільні страхові програми.

Крім того, конкуренція серед приватних страхових інституцій, орієнтованих на прибуток, породжує ризик дискримінації в межах застрахованих груп населення. З тих пір, як у політично та економічно розвинених суспільствах хвороби і соціальний статус (або дохід) мають обернено пропорційний зв'язок, конкуренція серед страховиків зазвичай порушує дотримання принципу справедливості в системі охорони здоров'я. Інколи також порушується і прагнення до ефективності, наприклад, коли мова йде про максимізацію споживання послуг охорони здоров'я по відношенню до вигод здоров'я в суспільстві.

Однією з умов успішного проведення реформ у сфері охорони здоров'я є залучення як на етапі розробки цілей державної політики, так і на етапі впровадження програми змін всіх зацікавлених сторін, а саме представників громадськості (споживачів послуг), медичних працівників (виробників послуг), органів державного управління та місцевого самоврядування (розпорядників коштів державного та місцевих бюджетів) тощо. Прийняття рішення щодо стратегії та тактики реформування сфери охорони здоров'я можна схвалювати після широкого процесу консультування у зв'язку з тим, що вироблення консенсусу торкається складних процесів на рівні системи, зокрема встановлення на державному рівні меж суспільних витрат на охорону здоров'я, а на нижчому рівні — співвідношення між високовартісним лікуванням окремих осіб та, наприклад, профілактичні заходи для більшості.

Зазначені принципи зачіпають суспільні цінності. Важливим є встановлення чітких цілей та очікуваних результатів для формування проекту перебудови сфери охорони здоров'я і систем її підтримки. Хоча зазвичай система охорони здоров'я повинна забезпечувати суспільно справедливий та однаковий для всіх громадян доступ до послуг з охорони здоров'я, в певній ситуації може бути потрібний компроміс щодо розвитку приватного сектора медичного страхування для задоволення окремих потреб (обслуговування іноземних громадян, найбагатшого прошарку населення), або ж досягнення компромісу в питаннях використання високовартісних медичних технологій та ліків.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, окремі економічні функції, які здійснюються у сфері охорони здоров'я поєднують суспільні і приватні складові, тому важливо обґрунтувати та розробити механізми координації суспільної і приватної діяльності в межах і за рамками цих

функцій, що дозволить ефективніше досягати поставлених результатів діяльності зазначеної сфери. Державний сектор у сфері охорони здоров'я в умовах ринкової економіки не можна визначати як лише антипод ринку: це сфера, в якій втілюються колективні соціальні цінності, що не можуть бути адекватно реалізовані за його межами. Ці цінності визначаються в ході суспільного розвитку, політичних переваг на основі врахування різноманітності соціальних і економічних інтересів, існуючих у суспільстві, а не через ринкові механізми. В умовах ринкової економіки було б необачно розглядати державну форму надання медичних послуг як таку, що вичерпує себе, навпаки, це найважливіша складова реалізації у сфері охорони здоров'я системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству. Межі децентралізації у сфері охорони здоров'я визначаються можливими видатками, наявністю відповідних інформаційних систем, які дозволяють контролювати сферу на загальнодержавному рівні, а також політичними міркуваннями.

Досвід окремих країн світу показує, що медичні послуги можуть досить успішно надаватися в суспільній формі і в рамках ринкової економіки. При цьому суспільно очікувані результати досягаються саме за рахунок поєднання цілей ефективності та справедливості, підтверджуючи, що вони є невід'ємною частиною економічних підходів.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у ретельному аналізі зарубіжного досвіду з проблеми приватизації у сфері охорони здоров'я, особливо у країнах Центральної та Східної Європи, а також обґрунтування та розробка механізмів її розвитку в Україні.

Література:

1. Лехан В.М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, Л.В. Крячкова, В.Г. Гінзбург. — Вісн. соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. — 2011. — № 4.
2. Малагардіс А. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / С. Малагардіс, В. Рудий. — К.: Проект Європейського Союзу "Фінансування та управління охорони здоров'я в Україні", 2006. — 48 с.
3. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы / В.Ф. Москаленко. — К.: ВА "Авіцена", 2011. — 256 с.
4. Рожкова І.В. Развитие конкурентоспособности регионального управления в сфере охраны общественного здоровья: монография / І.В. Рожкова. — К.: Вид-во НАДУ, 2008. — 365 с.
5. Солоненко Н.Д. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості / Н.Д. Солоненко // Сучасні питання економіки і права. Зб. наук. пр. Вип. 2. — К.: Міжнар. ун-т бізнесу і права, Київ. міжнар. ун-т, 2011. — С. 24-28.
6. Duran A. Innovative strategies in governing public hospitals / A. Duran, R. Saltman. — Eurohealthe. — 2013. — Vol. 19. — No.1. — P. 3—7.

7. Hernandez-Quevedo C. Paying for integrated care: an overview / C. Hernandez-Quevedo, R. Liano, E. Mossialos. — Eurohealthe. — 2013. — Vol. 19. — No. 2. — P. 3-6.

8. Paoli F. Health systems efficiency and sustainability: a European perspective / F. Paoli. — Eurohealthe. — 2012. — Vol. 18. — No. 3. — P. 14-17.

9. Stoddart G.L. Privatization in the Canadian health care system: assertions, evidence, ideology and options / G.L.Stoddart, R.J.Labelle. — Ottawa: Health and Welfare Canada, 1985. — 326 p.

10. The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia / Edited by E. Jakubowski and R. Saltman. — Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013. — 74 p.

References:

1. Lekhan, V.M. (2011), "Health care of Ukraine: problems and directions of development", *Visn. sotsial'noi medytsyny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy*, vol. 4.
2. Malahardis, A. (2006), *Stratehiia reformy finansuvannia ta upravlinnia u systemi okhorony zdorov'ia v Ukraini* [The reform strategy of financing and management in the healthcare system in Ukraine], *Proekt Yevropejs'koho Soiuzu "Finansuvannia ta upravlinnia okhorony zdorov'ia v Ukraini"*, Kyiv, Ukraine.
3. Moskalenko, V.F. (2011), *Zdorov'e i zdavoohranenie: kljuचेvye imperativy* [Health and healthcare: the key imperatives], VA "Avitsena", Kyiv, Ukraine.
4. Rozhkova, I. V. (2008), *Rozvytok konkurentospromozhnosti rehional'noho upravlinnia u sferi okhorony hromads'koho zdorov'ia* [Development of the competitiveness of the regional management in the sphere of public health], *Vyd-vo NADU*, Kyiv, Ukraine.
5. Solonenko, N.D. (2011), "Government regulation of the development mechanisms for financed health system on the basis of social justice", *Current issues of economics and law*. vol. 2, pp. 24—28.
6. Duran, A. (2013), "Innovative strategies in governing public hospitals", *Eurohealthe*, vol. 19, No. 1, pp. 3—7.
7. Hernandez-Quevedo, C., Liano, R. and Mossialos, E. (2013) "Paying for integrated care: an overview", *Eurohealthe*, vol. 19, No. 2, pp. 3—6.
8. Paoli, F. (2012), "Health systems efficiency and sustainability: a European perspective", *Eurohealthe*, vol. 18, No. 3, pp. 14-17.
9. Stoddart, G.L. and Labelle, R.J. (1985), "Privatization in the Canadian health care system: assertions, evidence, ideology and options", *Health and Welfare Canada*, Ottawa, Canada.
10. World Health Organization Regional Office for Europe (2013), "The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia", Copenhagen, Denmark.

*Стаття надійшла до редакції 30.08.2013 р.*