

Павло В. Іванчов*

ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ТРАНСФОРМАЦІЄЮ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ В РИНКОВИХ УМОВАХ

У статті охарактеризовано особливості основних моделей фінансування системи охорони здоров'я в світі. Визначено пріоритети розвитку багатоканальної системи фінансування медицини в Україні, основу якої повинна скласти бюджетно-страхова модель фінансування з обов'язковим гармонійним використанням всіх інших наявних фінансових джерел (як бюджетних, так і приватних). Досліджено сучасний фінансовий механізм державного управління трансформацією медичної системи, який передбачає відхід від медичних субвенцій до ефективнішого розподілу та використання коштів через єдиного замовника послуг, які сплачуються за фактично надані медичні послуги та передбачає такі елементи: державний гарантований пакет медичних послуг для всіх громадян, єдиний національний замовник медичних послуг, оплата за медичну послугу за фактом звернення («гроші йдуть за пацієнтом») на основі нормативу на одну особу для певної ланки, а також на основі плати за пролікований випадок у разі надання спеціалізованої допомоги всіх ланок надання медичної допомоги. Визначено принципи фінансування закладів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у ході реформи 2018-2020 років. Запропоновано розвивати обов'язкове медичне страхування, яке б гарантувало громадянам можливість отримання медичного забезпечення відповідно до затверджених програм обов'язкового медичного страхування. При цьому принципово, щоб всі верстви населення могли отримати гарантії медичного захисту. Передбачено, що система страхової медицини, яка дозволяє, з одного боку, організувати повноцінне фінансування галузі та контролювати цільове використання коштів, а з іншого — безпосередньо зацікавити лікарів, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал у результатах конкретно виконаної ними роботи.

Ключові слова: охорона здоров'я, медична система, механізм фінансування медичної системи, гарантований пакет медичних послуг, обов'язкове медичне страхування.

Рис. 1. Табл. 1. Літ. 11.

DOI: 10.32752/1993-6788-2019-1-231-132-141

Павел В. Иванчов

ФИНАНСОВЫЙ МЕХАНИЗМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ УКРАИНЫ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ

В статье охарактеризованы особенности основных моделей финансирования системы здравоохранения в мире. Определены приоритеты развития многоканальной системы финансирования медицины в Украине, основу которой должна составить бюджетно-страховая модель финансирования с обязательным гармоничным использованием всех других имеющихся финансовых источников (как бюджетных, так и частных). Исследовано современное финансовый механизм государственного управления трансформацией медицинской системы, который предполагает отход от медицинских субвенций к более эффективному распределению и использованию средств через единого заказчика услуг, уплачиваемых за фактически оказанные медицинские услуги и предусматривает следующие элементы: государственный гарантированный пакет

* National Academy of Management. Kiev. Ukraine.

медицинских услуг для всех граждан, единый национальный заказчик медицинских услуг, оплата за медицинскую услугу по факту обращения («деньги следуют за пациентом») на основе норматива на одного человека для определенной звена, а также на основе платы за пролеченный случай в случае оказания специализированной помощи всех звеньев оказания медицинской помощи. Определены принципы финансирования учреждений первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи в ходе реформы 2018-2020 годов. Предложено развивать обязательное медицинское страхование, которое бы гарантировало гражданам возможность получения медицинского обеспечения в соответствии с утвержденными программами обязательного медицинского страхования. При этом важно, чтобы все слои населения могли получить гарантии медицинской защиты. Предполагается, что система страховой медицины, которая позволяет, с одной стороны, организовать полноценное финансирование отрасли и контролировать целевое использование средств, а с другой – непосредственно заинтересовать врачей, административно-управленческий и обслуживающий персонал в результатах конкретно выполненной ими работы.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская система, механизм финансирования медицинской системы, гарантированный пакет медицинских услуг, обязательное медицинское страхование.

Pavlo V. Ivanchov

FINANCIAL MECHANISMS OF PUBLIC MANAGEMENT OF THE TRANSFORMATION OF THE MEDICAL SYSTEM OF UKRAINE IN MARKET CONDITIONS

The features of the main models of financing the health care system in the world are described in the article. The priorities for the development of a multi-channel system of medical financing in Ukraine, which should be based on the budget-insurance financing model with the obligatory harmonious use of all other available financial sources (both budget and private resource), are identified. The modern financial mechanism of state management of the transformation of the medical system, which provides for the departure from medical subventions to more efficient distribution and use of funds through a single customer paid for actually provided medical services and provides the following elements: state guaranteed package of medical services for all citizens, a single national customer of medical services, payment for medical services upon request ("money follows the patient") on the basis of the standard per person for a particular unit, as well as on the basis of payment for the treated case in case of specialized care of all units of medical care is described. The principles of financing primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care institutions during the 2018-2020 reform is determined. It is proposed to develop compulsory health insurance, which would guarantee citizens the opportunity to receive medical care in accordance with the approved programs of compulsory health insurance. At the same time, it is essential that all segments of the population can receive guarantees of medical protection. It is envisaged that the insurance medicine system, which allows, on the one hand, to organize full funding of the industry and control the targeted use of funds, and on the other – to directly interest doctors, administrative and service staff in the results of their work.

Keywords: health care, medical system, mechanism of financing of medical system, guaranteed package of medical services, obligatory medical insurance.

Peer-reviewed, approved and placed: 08.09.2020.

Постановка проблеми. Фінансування охорони здоров'я є однією із складових механізму державного управління, за допомогою якого органи державної влади впливають на діяльність галузі для досягнення поставлених

цілей. Процес фінансування галузі охорони здоров'я як механізм державного управління включає формування сукупного бюджету охорони здоров'я та всі процеси і структури, що мобілізують грошові ресурси, якими забезпечують функціонування галузі [1].

Нині Україні перебуває на етапі реформування медичної системи, що передбачає формування сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів та багатоканальний розподіл джерел фінансування.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У сучасній науковій літературі присвячено чимало праць вітчизняних дослідників проблемам фінансового забезпечення української системи охорони здоров'я, зокрема різним аспектам політики фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу були присвячені праці Й. Китницького [2], Д. Черненка та В. Рудого [1]. Управління охороною здоров'я на рівні територіальної громади вивчали І. Рожкова, Л. Жаліло, Ю. Давидова, В. Вакуленко, М. Орлатий [3]. Переваги реформування фінансування охорони здоров'я досліджувала Л. Лукашук [6]. Разом із тим, невирішеним залишається питання трансформації фінансового механізму державного управління медичною системою на сучасному етапі розвитку.

Мета дослідження – аналіз існуючого механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні та розробка пропозицій щодо альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів на ринкових засадах.

Основні результати дослідження. Кожна країна розробляє конкретні підходи до формування державної політики фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням власних національних умов і особистостей [2]. Разом із тим, у світовій практиці поширено три основні моделі фінансування системи охорони здоров'я, які частіше застосовуються в комплексі [2; 3]:

- Державна (модель Беверіджа, поширена у Фінляндії, Іспанії, Італії, Валикобританії та ін.; модель Семашка – у країнах колишнього Радянського Союзу) – фінансування систем охорони здоров'я здійснюється переважно (до 90%) за рахунок державного та місцевих бюджетів, а населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого переліку високовартісних медичних послуг). З такої моделі держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги, а ринок медичних послуг відіграє другорядну роль;

- бюджетно-страхова (концепція Бісмарка, що поширена в Австрії, Литві, Естонії, Румунії, Угорщині, Нідерландах, Франції та ін.) – базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Модель характеризується наявністю обов'язкового медичного страхування усього населення країни за певною участю держави у фінансуванні страхових фондів. Держава при цьому гарантує задоволення суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня

доходів, не порушуючи при цьому ринкових принципів оплати медичних послуг;

- приватна (поширена в Болгарії, Греції, Кіпрі, Латвії) – характеризується наданням медичної допомоги переважно на платній основі за рахунок самого споживача медичних послуг, відсутністю єдиної системи державного медичного страхування. За такої моделі добре розвинений ринок медичних послуг, а частину потреб, що не задовольняється ринком, бере на себе держава шляхом розробки і фінансування суспільних програм медичної допомоги.

До початку етапу реформування медичної системи в Україні останніх років діяла система медичного забезпечення, заснованого на перерозподілі органами державної влади та місцевого самоврядування податкових надходжень на користь медичного забезпечення. Проте така система фінансування не дозволяла, не тільки надати достатньо ресурсів для гарантування якісного лікування, але й ефективно використати ці кошти. З метою вирішення цих проблем, було запропоновано створити якісно нову систему фінансування, яка б могла залучити додаткові та достатні фінансові ресурси, а також встановити відповідні правила та фінансові принципи для надавачів медичних послуг, що зможуть забезпечити гарантії щодо рівного доступу всіх громадян до повного, необхідного та достатнього обсягу медичної допомоги (медичних послуг) належної якості.

Так, було розроблено Проект Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні», який передбачає, що одним з головних завдань системи фінансування охорони здоров'я стає формування механізму збору, акумулювання та ринкового розподілу фінансових ресурсів, який зможе забезпечити повноцінне функціонування системи надання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг), забезпечить її гарантованість, якість та доступність [4].

Передбачається, що зважаючи на міжнародний досвід розвитку та функціонування систем охорони здоров'я, рекомендації ВООЗ, оцінку та результат існуючої системи охорони здоров'я в Україні, а також враховуючи, історико-культурні та соціально-політичні особливості й фінансово-економічний стан розвитку держави, доцільним та ефективним є перехід до багатоканального фінансування системи охорони здоров'я, основу якої складе бюджетно-страхова модель фінансування (Програма державних гарантій медичного обслуговування населення), з обов'язковим гармонійним використанням всіх інших наявних фінансових джерел (як бюджетних, так і приватних):

- базового фінансування за рахунок асигнувань державного та місцевих бюджетів (Базова програма медичного забезпечення – як перша складова Програми державних гарантій);

- коштів системи загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок позабюджетних обов'язкових страхових внесків за працюючих та непрацюючих громадян (Програма загальнообов'язкового медичного страхування – як друга складова Програми державних гарантій);

- додаткового Програми боротьби з важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями – третя складова частина Програми

державних гарантій яка, гарантує фізичним особам безоплатне отримання медичних послуг та іншу фінансову підтримку при лікуванні тяжких, рідкісних та соціально небезпечних захворювань за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів;

- додаткового позабюджетного фінансування через механізми добровільного медичного страхування;

- коштів громадян на рівні додаткового попиту, а також благодійної допомоги та інших не заборонених законодавством форм фінансування [4].

Розподіл джерел фінансування системи охорони здоров'я передбачається на наступному рівні:

- частка коштів державного бюджету та коштів фондів соціального страхування — до 30%;

- частка коштів місцевих бюджетів — до 10%;

- позабюджетні кошти загальнообов'язкового медичного страхування — 50-60%;

- приватні кошти громадян (кошти добровільного медичного страхування, благодійних фондів та міжнародної допомоги) — до 15%.

Основним нововведенням згідно із запропонованим проектом закону є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, що забезпечує відхід від залишкового принципу фінансування надання медичної допомоги (медичних послуг) системою охорони здоров'я. Проте поки ці пропозиції залишаються на рівні проекту.

Незважаючи на це, наразі фінансування медичної системи відбувається за частково реформованим механізмом [5], який передбачає відхід від медичних субвенцій до ефективнішого розподілу та використання коштів через єдиного замовника послуг, які сплачуються за фактично надані медичні послуги та передбачає такі елементи:

1. Державний гарантований пакет медичних послуг для всіх громадян (обсяг послуг, на які держава «страхує» кожного громадянина, однаковий для всіх громадян незалежно від території, стану здоров'я чи спроможності платити).

2. Єдиний національний замовник медичних послуг (НСЗУ), який би керував від імені держави ресурсами і закуповував послуги в автономних постачальників медичних послуг.

3. Оплата за медичну послугу за фактом звернення («гроші йдуть за пацієнтом») на основі нормативу на одну особу для певної ланки, а також на основі плати за пролікований випадок у разі надання спеціалізованої допомоги.

4. Автономні медичні заклади первинного, вторинного (спеціалізованого) та третинного (високоспеціалізованого) рівня надання медичної допомоги.

Механізм фінансування медичної системи за джерелами та розпорядниками коштів схематично зображено на рис. 1.

Наразі автономізовані заклади охорони здоров'я переходять на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», де за пакетом гарантованих послуг отримуватимуть кошти від НСЗУ за фактично надану медичну допомогу.

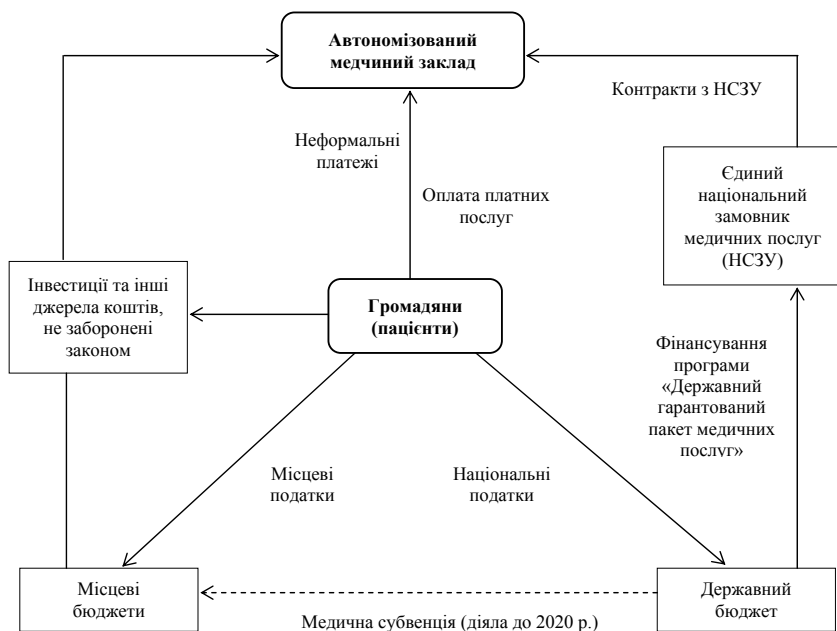


Рис. 1. Механізм фінансування медичної системи в Україні в 2018-2020 рр.,
складено автором

Це дасть змогу унеможливити надавати пацієнтам непотрібні послуги чи заохотити їх знаходитися на тривалому стаціонарному лікуванні. Разом із тим, крім коштів НСЗУ, медзаклад може отримувати кошти за певними програмами місцевого чи державного бюджетів, які виділятимуть не для утримання закладу, а для покриття певних витрат, а також мати дохід від надання платних послуг.

Оплата медичних послуг, наданих вторинною і третинною ланкою медичної допомоги, відрізнятиметься оплати послуг первинної ланки. Частину коштів виплачуватимуть як глобальний бюджет, розрахований на основі даних про роботу закладу в минулому, а іншу частину – за кожен пролікований випадок. Підходи до оплати у стаціонарах: 60% – глобальний бюджет на базові послуги 40% оплачуватимуться за діагностично-спорідненими групами з використанням механізму плати за пролікований випадок.

Така модель побудована так, щоб на початковому етапі медичні заклади, які обслуговуватимуть менше пацієнтів, не втратили фінансування. Це зі свого боку підтримуватиме заклади охорони здоров'я та, водночас, стимулюватиме конкуренцію, мотивуючи заклади та їх медпрацівників розвиватися з метою якіснішого надання послуг. Проте, передбачається, що частка на оплату пролікованого випадку поступово зростатиме. Зокрема у 2021 році пропорція становитиме 50/50 [6].

Відповідно до цих трансформації у 2018-2020 роках передбачено різні схеми фінансування медичної системи (табл. 1), за якими державне фінансування є ключовим, тоді як приватна модель не застосовується.

Таблиця 1. Схеми фінансування охорони здоров'я в Україні у 2018-2020 рр., складено автором

	2018	2019	2020
Первинний рівень	Медична субвенція, з липня 2018 р. початок переходу до угод з НСЗУ	Перехід на угоди з НСЗУ за державною програмою медичних гарантій	Угоди з НСЗУ за державною програмою медичних гарантій
Вторинний рівень	Медична субвенція	Медична субвенція	Угоди з НСЗУ: оплата за надану медичну послугу пацієнту за єдиним тарифом
Третинний рівень	Медична субвенція	Медична субвенція	Угоди з НСЗУ оплата за надану медичну послугу пацієнту за єдиним тарифом

Проте, на нашу думку, держава повинна розвивати елементи приватної системи фінансування медицини, гарантуючи громадянам можливість отримання медичного забезпечення відповідно до затверджених програм обов'язкового медичного страхування. Загалом, страхування є одним із видів договору, що є між клієнтом і страховою компанією, який зобов'язує страхову компанію надати гарантії захисту та компенсації, якщо станеться подія, зазначена у страховому полісі. Клієнт, згідно з договором, зобов'язаний виплачувати встановлену плату, зазначену в документі (може виплачуватися один раз на рік, раз на місяць, незалежно від виду договору і страхування). Сплачений пацієнтом внесок є необхідною умовою, за якої страхова компанія дає клієнтові впевненість, що, при настанні страхової події, він отримає компенсацію.

Медичне страхування є різновидом страхування, яке гарантує оплату використання безкоштовними медичними послугами. Медичне страхування повинно стати основним джерелом фінансування Міністерства охорони здоров'я. Громадяни зобов'язані сплачувати обов'язкові страхові внески. На нашу думку, їх розмір має складати 10% особистих доходів (8,75% вираховується з податку на прибуток, і 1,25% за рахунок страхового покриття), який подається до установ медичного страхування. Добрим підтвердженням такої практики є медичне страхування в Польщі (там розмір внесків складає 9% від особистих доходів). Якщо протягом деякого часу застраховані не платять (або за них не платить жодна установа: біржа праці і т.д.), щодо таких повинні застосовуватись фінансові санкції. Практичний досвід багатьох країн світу свідчить про необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування.

Механізм роботи медичного страхування повинен бути наступним. Застраховані особи мають право на відвідування клінік у системі первинного

осередку першої допомоги, яка зазвичай представляється лікарем сімейної медицини. Він відповідає за лікування та профілактику та збереження здоров'я пацієнта. Якщо хвороба серйозна і вимагає іншої консультації чи лікування в лікарні, лікар може направити пацієнта до лікарні або до іншого спеціаліста. Варто наголосити, що скерування не повинно бути обов'язковим до таких фахівців, як гінеколог, онколог, психіатр, дерматолог, стоматолог, окуліст.

Обов'язковому медичному страхуванню мають підлягати: працівники; особи, які не займаються сільськогосподарською діяльністю або особи, які співпрацюють з ними; особи, які працюють за договорами, передбаченими Кодексом законів про працю; діти; літні люди (пенсіонери); інші групи людей.

Проте реформування, яке сьогоднішні відбувається в Україні, не має основи, яка привела б його до успішного завершення. На нашу думку, тільки відмова від чинної системи Семашко дасть змогу не лише вивести галузь з кризи, але й перевести її на вищий рівень. Досвід країн світу доводить необхідність формування трирівневого захисту населення. До першого рівня відносять державне страхування можливих ризиків, пов'язаних із галуззю. На другому рівні страхування своїх працівників здійснюватимуть працедавці (так званий захист від колективного ризику). Індивідуальні ризики страхуються окремо взятими особами самостійно.

Важливо, щоб право на медичне страхування отримали безробітні особи, котрі зареєстровані на біржі праці та отримують тимчасові виплати через безробіття. Всі необхідні документи щодо видачі медичної страховки необхідно видавати через біржу праці. Діти, які не підлягають обов'язковому медичному страхуванню, повинні отримувати медичну допомогу за рахунок фінансування держави. Особи, які підлягають обов'язковому медичному страхуванню повинні повідомити про членів своєї родини (діти застрахованої особи; діти дружини (чоловіка) (від інших шлюбів); усиновлені дітей; онуки або чужі діти, для яких застрахований є опікуном; дружина чи чоловік), які після цього отримують право доступу до пакета медичних послуг у тому ж розмірі, що і застрахований.

Заявку на медичне страхування особи, яка підлягає цьому страхуванню, і членів її сім'ї, подає платник медичного страхування (роботодавець, школа, коледж, осередок соціального забезпечення пенсіонерів). Розміри страхових внесків обчислюються Фондом медичного страхування у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, за непрямим методом, виходячи з оцінки валового доходу та витрат страхувальника, кількості осіб, які перебувають з ним у трудових відносинах, обсягу виробленої (реалізованої) продукції (послуг), суми сплачених ним податків, інших обов'язкових платежів, передбачених законодавством [7].

Доречно доповнити розрахунок страхового внеску корективами за допомогою коефіцієнтів для певних груп підприємств. За основу групування доцільно брати дані про шкідливі умови праці, що сприятиме виплаті вищих страхових внесків при врахуванні згаданих умов роботи. Такі ж коефіцієнти можна застосовувати залежно від місця проживання застрахованого.

Формування ринкових відносин, перехід до страхової медицини, підвищення ефективності функціонування лікувальних закладів та зацікавленості медичного персоналу в результатах власної праці сприяє запровадженню змішаного фінансування медицини. Враховуючи досвід розвинутих зарубіжних країн, основною в Україні має стати система страхової медицини, яка дозволяє, з одного боку, організувати повноцінне фінансування галузі та контролювати цільове використання коштів, а з іншого — безпосередньо зацікавити лікарів, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал у результатах конкретно виконаної ними роботи.

Висновки. Становленням ринкової економіки в Україні позначається на всіх сферах господарської діяльності, зокрема й медичній. З 2017 року в країні відбуваються зміни в системі охорони здоров'я, який крім іншого передбачає зміну фінансування. Водночас, увага обов'язковому медичному страхуванню приділяється мало. Це, у свою чергу, потребує нормативно-правового забезпечення, належної організації системи бухгалтерського обліку, яка б дозволяла враховувати всі витрати, що мали місце під час надання медичних послуг. При цьому важливим аспектом успішного запровадження та функціонування багатоканального фінансування галузі є виважена соціальна політика держави.

1. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія / І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. К. : НАДУ, 2009. 152 с.
2. Китницький Й. Політика фінансування здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения. 2008. 32 с.
3. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / За заг. ред. В. Черненко, В. Рудого. К. : Академпрес, 2002. 112 с.
4. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/G100215A?an=2>.
5. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>.
6. Лукашук Л. Медична реформа: що зміниться в 2020-му. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/1873-medichna-reforma-v-2020-rots-chogo-ochkuvati>.
7. Про загальнодержавне медичне страхування: Проект Закону України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/JH3UD1BA>.
8. Андреева О.В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи // Экономический журнал. 2002. № 7. С. 13- 15.
9. Маугайер Блістер, Джон Гендерсон, Гевін Муні Економіка охорони здоров'я / Пер. з англ. В. Чайковського. К.: «Основи». 1998. 313 с.
10. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. К.: Сфера, 2005. 272 с.
11. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / Авт. кол.: М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М.М. Білинської. К.; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

1. Upravlinnia okhoroноюi zdorovia terytorialnoi hromady: monohrafiia / I.V. Rozhkova, L.I. Zhallilo, Yu.V. Davydova ta in. ; za red. V. M. Vakulenka, M. K. Orlatoho. K. : NADU, 2009. 152 s.

2. Kytnytskyi Y. Polytyka fynansyrovanyia zdavookhranenyia: rukovodstvo dlia lyts, pryny-maiushchikh reshenyia. 2008. 32 s.

3. Dosvid krain Yevropy u finansuvanni haluzi okhorony zdorovia. Uroky dlia Ukrainy / Za zah. red. V. Chernenka, V. Rudoho. K. : Akadempres, 2002. 112 s.
4. Poiasniuvalna zapyska do projektu Zakonu Ukrainy «Pro finansove zabezpechennia okhorony zdorovia ta zahalnooboviazkove medychno strakhuvannia v Ukraini». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GI00215A?an=2>.
5. Pro skhvalennia Kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 30 lystopada 2016 r. № 1013-r. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>.
6. Lukashchuk L. Medychna reforma: shcho zminytsia v 2020-mu. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/1873-medichna-reforma-v-2020-rots-chogo-ochkuvati>.
7. Pro zahalnodержавne medychno strakhuvannia: Proekt Zakonu Ukrainy. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/JH3UD1BA>.
8. Andreeva O.V. Ekonomicheskiye metody upravleniya y ykh vliyanye na kachestvo medytynskoi pomoshchy // Ekonomicheskyi zhurnal. 2002. № 7. S. 13- 15.
9. Mahuaier Blister, Dzhon Henderson, Hevin Muni Ekonomika okhorony zdorovia / Per. z anhl. V. Chaikovskoho. K.: «Osnovy». 1998. 313 s.
10. Rudyi V.M. Zakonodavche zabezpechennia reformy systemy okhorony zdorovia v Ukraini. K.: Sfera, 2005. 272 s.
11. Derzhavne upravlinnia reformuvanniam systemy okhorony zdorovia v Ukraini: navch.-nauk. vyd. / Avt. kol.: M.M. Bilynska, Ya.F. Radysh, I.V. Rozhkova ta in.; za zah. red. prof. M.M. Bilynskoi. K.; Lviv: NADU, 2012. 240 s..