

І. С. Музика
кандидат економічних наук,
науковий співробітник відділу регіональної фінансової політики
ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долішнього НАН України»

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ, АНАЛІЗ, НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ (НА ПРИКЛАДІ КАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ)

Реалізація у практичній площині реформи місцевого самоврядування і територіальної організації влади в Україні актуалізувала потребу перегляду механізму фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється тим, що проблеми галузі напряму пов'язуються з рівнем її фінансового забезпечення, яке нині визначається як нераціональне, неефективне і загалом незадовільне. Основні показники функціонування охорони здоров'я є незіставними з відповідними європейськими показниками, а стан здоров'я населення залишається низьким.

Метою статті є обґрунтування проблем і проведення аналізу фінансування системи охорони здоров'я на прикладі областей Карпатського регіону України в умовах реформування галузі.

Досліджуються питання функціонування і фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. Визначено проблеми і проведено аналіз ключових аспектів, пов'язаних із започаткуванням зміни підходів та механізмів фінансування галузі в контексті бюджетної децентралізації та реформи місцевого самоврядування і територіальної організації влади у країні. Проаналізовано видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я (у розрізі областей Карпатського регіону країни) і зроблено наголос на аналізі власних доходів закладів охорони здоров'я. Наголошено на проблемах, пов'язаних з оптимізацією мережі закладів галузі та надання їм широкої фінансової автономії.

Дослідження дозволило обґрунтувати доцільність проведення подальших реформ фінансування галузі охорони здоров'я. Визначено відсутність характерних особливостей у фінансуванні системи охорони здоров'я областей Карпатського регіону країни.

Ключові слова: фінансове забезпечення, бюджетна децентралізація, охорона здоров'я.

Muzyka I. HEALTH CARE REFORM: PROBLEMS, ANALYSIS, IMPLEMENTATION TRENDS (FOR EXAMPLE, THE CARPATHIAN REGION OF UKRAINE)

The implementation of a practical level of local government reform and territorial organization of power in Ukraine actualized the need to review the financial mechanism of the health system. The problems of the industry directly linked with the level of financial support, which is defined as irrational, inefficient and generally unsatisfactory. Key performance indicators health is disproportionate to the relevant European indicators, and public health remains low.

The article aims to study the problems and analyzing health financing by the example of regions Carpathian region of Ukraine in restructuring the industry.

The problems of functioning and funding of the health system in Ukraine. The problems and the analysis of key aspects related to zapochatuvanniam changing approaches and mechanisms for financing industry in the context of fiscal decentralization and local government reform and territorial organization of power in the country. Analyzed the budget spending on health care (in terms of areas of the Carpathian region of the country) and highlighted the analysis of own revenue of health facilities. Emphasized the problems associated with the optimization of the network of health care and their financial autonomy.

The research allowed to prove the need for further reform of health care financing. Lack the characteristics defined in the financing of the health system areas of the Carpathian region of Ukraine.

Keywords: financial assurance, fiscal decentralization, healthcare.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, яка, першочергово, має стосуватись кардинальної зміни механізму її фінансового забезпечення, з часу проголошення незалежності Української держави є чи не єдиною багаторазово проголошеною реформою, яка залишається донині тільки декларацією. Причинами цього є, по-перше, Стаття 49 Конституції України, в якій проголошено, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням... У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена...», а отже, держава де-юре гарантує своїм громадянам повне безоплатне

медичне обслуговування. По-друге, держава в умовах ринку не в змозі повною мірою забезпечувати населенню належний рівень медичного обслуговування на засадах безоплатності. Це пояснюється наростанням вимог пацієнтів до якості послуг, стрімким розвитком переважно високовартісних медичних технологій, необхідністю забезпечення ефективності надання медичної допомоги. З другого боку, держава не в змозі забезпечити фінансування наявної мережі закладів охорони здоров'я (в Україні на 10 тис. населення припадає 87,9 лікарняного ліжка (дані ВООЗ, 2013); у країнах Європейського регіону цей показник становить 56,7 ліжка, у країнах Європейського Союзу – 52,8;

найвищі показники в Білорусі та Росії – 110,5 і 81,8 відповідно, найнижчі – у Грузії та Швеції – 25,9), задовольняти її матеріально-технічні, інфраструктурні та транспортні тощо потреби. По-третє, резолюцією 58.33.ВООЗ 2005 року проголошено, що «людина... не повинна відчувати фінансових труднощів у результаті звернення за медичною допомогою» [1].

Однак, за експертними оцінками, тіньове фінансування охорони здоров'я в Україні становить близько 8 млрд дол. (наприклад, тіньовий ринок медичних послуг Львівської області 2015 року оцінюється у 6–8 млрд грн, а м. Києва – у близько 1,5 млрд дол.), що вдвічі перевищує витрати держави на галузь 2014-го. Обсяг ринку приватних медичних послуг України за підсумками 2014 року становив 8,13 млрд грн, з яких на офіційні доходи клінік припадає лише 4,67 млрд грн, ще 2,34 млрд грн – неофіційні доходи учасників ринку, а 1,12 млрд грн – доходи приватнопрактикуючих лікарів [2]. При цьому 37% українців неофіційно платять лікарям (кожен громадянин у середньому відносить «у конвертах» по 32 євро на рік), а стаціонарне лікування неофіційно оплачують 73% українців, і сума сягає в середньому 81 євро на рік з однієї людини [3].

На тлі зазначених вище проблем запровадження докорінних змін у механізмі фінансування галузі також зіштовхується із значним політичним і внутрішньогалузевим спротивом та збігається з регламентованою Бюджетним кодексом децентралізацією і проголошеним євроінтеграційним курсом країни, що додатково ускладнює та зачасту гальмує процес реформування. Не можна оминати увагою й той факт, що, попри щорічне зростання витрат бюджетів усіх рівнів на кадрове забезпечення, скорочення мережі як закладів ОЗ, так і лікарняних ліжок, практично незмінний рівень забезпеченості населення лікарями (на 10 тис. мешканців), значний обсяг приватних витрат домогосподарств на лікування, стан здоров'я населення залишається низьким. Показники захворюваності населення залишаються високими, стійкої тенденції до їх скорочення не спостерігається. Також невтішними є показники поширеності хвороб. Ці та низка інших чинників свідчать про низьку ефективність чинної системи охорони здоров'я і незадовільний медико-соціальний ефект функціонування галузі.

Метою статті є обґрунтування проблем і проведення аналізу фінансування системи охорони здоров'я на прикладі областей Карпатського регіону України в умовах реформування галузі.

Фінансове забезпечення системи охорони здоров'я в Україні має висхідний тренд. Зокрема, 2003 року на фінансування ОЗ було витрачено 7,0% ВВП, 2004 р. – 6,7%, у 2005–2007 рр. цей показник становив 6,4%, 2008 р. – 6,7%, 2009 р. – 7,8%, 2012 р. – 7,5% і 2013 р. – 7,6. Для порівняння: оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я, як показує досвід розвинених країн світу, становить 8–10% ВВП.

З урахуванням нової моделі фінансового забезпечення 2015 року було передбачено видатки на галузь у Зведеному бюджеті України на суму 51,2 млрд грн, що на 4,4 млрд грн, або на 8%, менше від планових показників 2014-го; а 2016 року система охорони здоров'я

(через механізм медичної субвенції місцевим бюджетам) має бути профінансована на суму 44 316 586,2 тис. грн, що в 1,25 раза менше, ніж 2015-го. Водночас зростання видатків Зведеного бюджету на галузь на 24,4% у 2015 р. проти 2014 р. є перманентним: із урахуванням інфляції 2015 року (яка, за офіційними даними, сягнула 42%) у доларовому еквіваленті обсяг видатків (у розрахунку за курсом долара, який було закладено при розробленні бюджету на відповідний рік) становив: 5 291,67 млн дол. у 2014 р. і 3 484,3 млн дол. у 2015 р. Іншими словами, фактичний обсяг видатків на охорону здоров'я в Україні значно зменшився (на 1 807,37 млн дол., або на 34,16%) за суттєвого підвищення, наприклад, тарифів на комунальні послуги, зростання рівня заробітної плати, істотного підвищення гуртових роздрібних цін на медичні препарати тощо [4].

Регіональний розподіл видатків на охорону здоров'я в Україні має солідарний характер і здійснюється за принципом «у розрахунку на одного мешканця». Цей принцип зберігся й із зміною механізму фінансування на субвенційний. Зокрема, видатки консолідованих бюджетів областей Карпатського регіону України на галузь мали висхідний характер: зростання 2015 року проти 2014-го становило в середньому 406,16 млн грн, 2014–2013 рр. – 97,32 млн грн, 2013–2012 рр. – 82,05 млн грн, 2012–2011 рр. – 237,71 млн грн, 2011–2010 рр. – 60,6 млн грн.

У розрахунку на одного мешканця витрати в середньому в зазначених областях становили: 2010 р. – 741,47 грн, 2012 р. – 930,00 грн, 2014 і 2015 рр., відповідно, 1 044,47 грн і 1 306,71 грн. Також відсоток витрат бюджету областей на охорону здоров'я у витратах консолідованих бюджетів коливався в середньому між максимальними 20,43% у 2010 р. і мінімальними 18,29% – у 2015 р. Причому, зауважимо, що найнижчий обсяг витрат на галузь у структурі сукупних видатків областей спостерігався 2015 року.

Зважаючи на євроінтеграційний вектор подальшого розвитку країни, що передбачає приведення основних показників охорони здоров'я до середньоєвропейських, цікавим видається порівняльний аналіз видатків бюджетів регіонів на галузь у доларовому еквіваленті. Для розрахунку використовувався курс долара, закладений у Державному бюджеті (без внесення змін) відповідного бюджетного року, а не ринковий курс валют. Отже, у середньому на одного мешканця Карпатського регіону впродовж 2010–2015 рр. припадало 101,64 дол. США видатків ОЗ. Найвищий рівень видатків спостерігався 2014 року (122,88 дол.), а вже 2015-го падіння показника становило 37,4% за зростання обсягу видатків у національній валюті на 27,64%, що лише підтверджує перманентний характер зростання видаткової частини місцевих бюджетів на охорону здоров'я, а значить і поглиблення проблем, та, як наслідок, зменшення медико-соціального ефекту в наданні медичних послуг.

Хронічно низький рівень фінансування галузі охорони здоров'я змушує медичні установи додатково залучати позабюджетні кошти і благодійну допомогу. Обсяг залучених установами ОЗ коштів упродовж

останніх років зріс в абсолютному вираженні. Зауважимо, що в Україні понад 42% усіх витрат ОЗ – це власні витрати громадян (у Польщі – 23%, Чехії – 14%). Водночас темпи росту коливаються залежно від соціально-економічної ситуації у країні. Наприклад, у 2007–2009 рр. (фінансова криза) і 2014–2015 рр. (військово-політичний конфлікт) цей показник досягає максимального значення – у середньому в областях Карпатського регіону, відповідно, 143,8% (2008 р.) і 150,25% (2015 р.) у порівнянні з попереднім роком.

Аналізуючи структуру власних коштів, що надійшли до закладів охорони здоров'я, наприклад Івано-Франківської області, можна зробити висновок про те, що стабільно незначну частку в їхній структурі займає плата за оренду майна і надходження від господарської та/або виробничої діяльності (у середньому 3,12 і 2,42%). Найбільшу питому вагу в загальному обсязі власних надходжень займають статті «благодійні внески, гранти та дарунки» (у середньому 40,19%) і «надходження коштів, отриманих як плата за послуги, що надаються бюджетними установами згідно з їх функціональними повноважень» (36,23%). Остання стаття включає надання медичних послуг, послуг з освіти, кошти від реалізації путівок до санаторно-курортних закладів, послуги санітарно-епідеміологічних станцій. Загалом, можна стверджувати про ідентичність тенденцій щодо структури власних надходжень закладів ОЗ. Також, попри зростання їхнього обсягу в абсолютному вираженні, темпи росту показників за структурними позиціями зазнають коливань і дещо загалом уповільнюються. Однак слід визнати, що залучення так званих «благодійних коштів» і запровадження плати за медичні послуги в закладах охорони здоров'я, які бюджетно фінансуються, є прямим порушенням статті 49 Конституції України, що декларує безоплатність медичної допомоги. Це вимагає перегляду формулювання положень зазначеної статті. Доцільність правового врегулювання зазначеної колізії вимагається також декларуванням запровадження механізму страхової медицини, що, само по собі, вже визначає відмову держави від гарантування населенню повного пакета безоплатного медичного обслуговування.

Особливого наголосу заслуговує питання оптимізації мережі медичних закладів і ліжкового фонду. Україна має в кілька разів більші лікарняні потужності, ніж країни, схожі за територією та кількістю населення: в Україні 2 156 лікарень, у подібних до неї Іспанії – 764, Польщі – 1 072 [5]. Однак, попри невідповідність мережі закладів охорони здоров'я світовим стандартам, її очевидну нераціональність і хронічний брак фінансування, слід звернути увагу на те, що її реорганізація не може бути здійснена без додаткового аналізу потреб конкретних територій, урахування факторів просторового розташування закладів системи охорони здоров'я, їх технічного, кадрового забезпечення, рівня кваліфікації персоналу, розвитку інфраструктури, матеріально-технічного оснащення тощо. Також слід звернути увагу на те, що, вдаючись до необґрунтованого скорочення закладів охорони здоров'я, лікарняних ліжок і медичного персоналу, наслідком може стати зниження соціального ефекту діяльності галузі загалом.

Зокрема, упродовж останніх років у Львівській області зберігалась позитивна динаміка щодо оптимізації ліжкового фонду закладів ОЗ. З 2011 до 2015 рр. було скорочено 1 492 ліжка. Забезпеченість лікарняними ліжками на кінець 2015 р. в області становила 85,2 ліжка на 10 тис. мешканців (сумарно 21 461 лікарняне ліжко). Загалом, упродовж 1998–2015 рр. ліжковий фонд області зменшився на 3 085 ліжок (або 12,3%).

У Закарпатській області ліжкова мережа, наприклад, лише за 11 місяців 2013 року була скорочена на 247 одиниць. Водночас, наголосимо, що за результатами 2014-го показник забезпечення лікарняними ліжками на 10 тис. мешканців серед усіх регіонів країни був найменшим саме в Закарпатській області – 71,3 ліжка (максимальне значення показника припадало на Чернігівську область і становило 108,6 ліжка). У 2015 р. в області було оптимізовано один заклад ОЗ. У лікарнях на початок 2016-го налічується 6 304 лікарняні ліжка, причому варто відмітити, що впродовж 2015-го було скорочено 131 ліжко.

Щодо Івано-Франківської області, то 2015 року в області було скорочено 100 лікарняних ліжок. У розрахунку на 10 тис. мешканців забезпечення ліжками скоротилося з 82,5 станом на початок 2013 р. до 79,0 – на 01.01.2016 (з 11 358 до 10 903 ліжок). Зокрема, на початок 2016 року в області функціонують 47 лікарень із ліжковим фондом 7 683 лікарняні ліжка (мінус 20 лікарняних ліжок (лл) упродовж 2015 р. і мінус 212 ліжок відносно початку 2013 р.) та 1 186 ліжок у денних стаціонарах (+48 ліжок відносно початку 2015 р.); 19 спеціалізованих лікарень із ліжковим фондом стаціонарного характеру – 1 565 лікарняних ліжок і 188 лл у денному стаціонарі (мінус 7 ліжок відносно початку 2015 р.). В області функціонує 409 ФАПів (проти 412 ФАПів на початок 2015 р.). Скорочення ФАПів у порівнянні із початком 2013 р. – 131 установа.

Станом на початок 2016 року в лікарнях Чернівецької області розміщується 4 943 лікарняні ліжка (2013 р. – 4 833), у денних стаціонарах лікарень – 234 ліжка (2013 р. – 417), у пологових будинках – 285 ліжок (2013 р. – 285 ліжок), у поліклініках та амбулаторіях – відповідно 470 ліжок (2013 р. – 382). У розрахунку на 10 тис. мешканців на початок 2016 року кількість ліжок становила 79,1. Слід відмітити, що 2015-го оптимізації мережі лікарняних ліжок у стаціонарах лікарень області в бік її скорочення не відбувалось: їхня кількість зросла на 10 одиниць. Щодо денних стаціонарів, то оптимізація мережі 2015-го торкнулась 24 ліжок.

Навантаження на одне лікарняне ліжко є найвищим у Закарпатській області – 140,2 мешканця, найнижче – у Львівській області (107,7); Івано-Франківщина – 121,5; Чернівецька область – 126,4. Для порівняння, у середньому в Україні цей показник становить близько 88 ліжок на 10 тис. населення, що значно перевищує відповідні європейські показники, зокрема, Польщі – 62,3; Чехії – 70,1.

Як висновок, можна стверджувати про загалом позитивну динаміку процесу оптимізації мережі медичних закладів. Однак ухвалення рішень про оптимізацію мережі лікарських установ зазвичай не враховує потреб мешканців конкретних територій, розвиток

транспортної інфраструктури, якості медичних послуг тощо, що є неприпустимим явищем, зважаючи на рівень надання медичних послуг, технічне оснащення установ, стан доріг, відстань між населеними пунктами, стан транспортного парку галузі на місцях тощо.

Ключовою проблемою галузі є значна деформована структура її фінансування за економічною класифікацією видатків. Левова частка державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні спрямовується на утримання персоналу закладів галузі. Зокрема, в Україні на заробітну плату з нарахуваннями припадало 53,6% усього фінансового ресурсу. При цьому не можна оминати увагою той факт, що заробітна плата працівників охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей (коефіцієнт співвідношення заробітної плати у промисловості до заробітної плати в охороні здоров'я 2014 року становив 1,63 раза). На медикаменти і перев'язувальний матеріал витрачається в 4,9 раза менше – 10,89%; на оплату комунальних послуг – 7,43%. Деформованість структури видатків на ОЗ має хронічний характер: за підсумками, наприклад, 2010 року, частка видатків на медикаменти у структурі загальних бюджетних витрат на охорону здоров'я в Україні становила 11%. У доларовому еквіваленті відповідні видатки з розрахунку на одного мешканця становили близько 12 доларів США, що, згідно з оцінками ВООЗ, приблизно у 40 разів менше, ніж, наприклад, у Німеччині, майже у 12 разів менше, ніж в Естонії. Відповідно, деформованість фінансування видатків бюджету спостерігається і в регіональному зрізі. Зокрема, структура видатків загального фонду бюджету Львівської області 2015 року характеризувалась таким чином:

- заробітна плата з нарахуваннями – 2 352,8 млн грн, або 74,05% (у середньому в областях Карпатського регіону – 72,3%: Чернівецька область – 76,0%; Закарпатська – 66,69; Івано-Франківська – 72,44%);
- медикаменти – 355,1 млн грн, або 9,57%. У середньому в областях Карпатського регіону – 10,31%: Чернівецька – 7,33%; Закарпатська – 14,57; Івано-Франківська – 9,52%);
- продукти харчування – 73,7 млн грн (2,33%). У середньому в Україні – 2,05%; в областях Карпатського регіону – 2,35%: Закарпатська – 3,6%, Івано-Франківська – 2,03%, Чернівецька – 1,65;
- енергоносії та комунальні послуги – 272,0 млн грн, або 7,84%. У Закарпатській області, відповідно 6,32%, Івано-Франківській – 6,88%, Чернівецькій – 7,12%.

Найбільшу частку у структурі фонду оплати праці працівників галузі займає оплата праці середнього медичного персоналу: в середньому її частка становить до 40,89% (2012–2015 рр.). Оплата праці лікарів, відповідно, – 29,21%. Відносно оплати праці молодшого медичного персоналу, то частка фінансування для цієї категорії працівників становить 15,1%. На спеціалістів – немедиків та інший персонал, зайнятий у галузі, припадає, відповідно, 3,86 і 10,94%. До слова, забезпеченість на 10 тис. населення медичним персоналом є такою:

- *лікарями*, включаючи стоматологів: у *Львівській області* 2015 року – 41,24 проти 40,78 у 2014 р. (57,4 у 2012 р. проти 59,9 у 2011 р.); *Закарпатській області* – 34,0 проти 33,45; *Івано-Франківській області* – 44,66 проти 43,8; *Чернівецькій області* – 43,77 проти 43,51;
- *середнім медичним персоналом*: у *Львівській області* 2015 року – 83,46 проти 82,79 у 2014 р. (2012 р. – 108,9 працівника на 10 тис. мешканців проти 113,7 у 2011 р.); *Закарпатській (2015–2014 рр.)* – 72,58 проти 71,78; *Івано-Франківській* – 89,66 проти 88,44; *Чернівецькій області* – 80,21 проти 79,95.

Для порівняння додамо: забезпечення медичним персоналом (за даними офіційного сайту МОЗ України) становило в Білорусі – 54,8; Болгарії – 37,3; Естонії – 33,3; Румунії – 2,7; Чехії – 36,7; Польщі – 21,6; Німеччині – 36; Великій Британії – 27,4 лікаря. У середньому в європейських країнах на 10 тис. осіб припадає до 30 лікарів.

Отже, узагальнюючи, зазначимо ось що.

- Попри проголошення на державному рівні реформи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, її реалізація у практичній площині залишається законодавчо не підтвердженою, що, відповідно, не дозволяє повною мірою змінити підходи до фінансування галузі.
- Удосконалення механізму фінансування (зокрема введення медичної субвенції місцевим бюджетам), яке має місце нині, не враховує особливостей регіонів, а надалі відбувається за принципом «вирівнювання», що вимагає внесення уточнень і введення додаткових вагових коефіцієнтів у формульний підхід до розрахунку обсягів медичної субвенції за її збереження в подальшому.
- Слід зазначити брак характерних особливостей у фінансуванні системи охорони здоров'я в областях Карпатського регіону. Тенденції щодо зростання обсягів видатків на галузь є перманентними. Основні показники щодо фінансування видатків галузі як за економічною, так і за функціональною класифікаціями залишаються практично незмінними впродовж усього горизонту досліджень.
- Оптимізація закладів охорони здоров'я, на жаль, на практиці відбувається за принципом «ліквідації касового розриву» між виділеними коштами і потребою в них, а не з метою поліпшення надання медичних послуг і приведення показників ефективності охорони здоров'я до світових стандартів.
- Ухвалення рішень про оптимізацію мережі лікарських установ здебільшого не враховує потреб мешканців конкретних територій, розвиток транспортної інфраструктури, якості медичних послуг тощо, що є неприпустимим явищем, зважаючи на рівень надання медичних послуг, технічне оснащення установ, стан доріг, відстань між населеними пунктами, стан транспортного парку галузі на місцях тощо.

Список використаних джерел

1. The world health report: health systems financing: the path to coverage // http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1.
2. Цінні лікарі: чи є майбутнє у ринку приватної медицини України // <http://news.finance.ua/ua/news/-/350280/tsinni-likari-chy-ye-majbutnye-u-rynku-pryvatnoyi-medytsyny-ukrayiny>.
3. Нізалова О. Медичне страхування: Панацея чи евтаназія для української системи охорони здоров'я // http://ru.espresso.tv/blogs/2015/03/30/medychne_strakhuvannya_panaceya_chy_evtanaziya_dlya_ukrayinskoyi_systemy_okhorony_zdorovya.
4. Музика І. С., Возняк Г. В. Система охорони здоров'я в умовах інституційних змін в Україні: фінансові аспекти // Світ фінансів. – 2016. – № 1. – С. 99–108.
5. Павло Ковтанюк: Модель чесної медицини. Як пропонують реформувати фінансування охорони здоров'я // <http://life.pravda.com.ua/columns/2016/03/15/209406>.

References

1. The world health report: health systems financing: the path to coverage. Retrieved from: http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1 [in English].
2. Tsinni likari: chy ye majbutnye u rynku pryvatnoji medtseiny ukrayiny (2015, 12.05) [Valuable doctors: whether there is the future in the market of private medicine of Ukraine] Website Finans.ua. Retrieved: <http://news.finance.ua/ua/news/-/350280/tsinni-likari-chy-ye-majbutnye-u-rynku-pryvatnoyi-medytsyny-ukrayiny> [in Ukrainian].
3. Nizalova O. (2015.03.30) Medychne strakhuvannya panaceya chy evtanaziya dlya ukrayinskoyi systemy okhorony zdorovya [Medical insurance: A panacea or euthanasia is for the Ukrainian system of health protection] Website espreso.tv. Retrieved: http://ru.espresso.tv/blogs/2015/03/30/medychne_strakhuvannya_panaceya_chy_evtanaziya_dlya_ukrayinskoyi_systemy_okhorony_zdorovya [in Ukrainian].
4. Muzyka I, Voznyak H. (2016) Sustema okhorony zdorovja v umovakh instytucionalnukh zmin v Ukrajinі : finansovi aspekty [The healthcare system in the context of institutional changes in Ukraine: financial aspects]. Svit finansiv – Financeworld, 1, 99–108 [in Ukrainian].
5. Pavlo Kovtanyuk (2016.04.28) Model chesnoyi medytsynu. Jak proponuetsya reformuvaty finansuvannya okhorony zdorovya [Model of honest medicine. As suggest to reform financing of health protection]. Website life.pravda.com. life.pravda.com. Retrieved: <http://life.pravda.com.ua/columns/2016/03/15/209406>.