

Анна МОКРИЦЬКА

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ, ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМИ БЮДЖЕТНОГО ПЛАНУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Розглянуто та проаналізовано діючу практику бюджетного планування видатків на охорону здоров'я в Україні. Висвітлено проблеми формування та розподілу видатків місцевих бюджетів на одну з найважливіших сфер суспільних послуг – охорону здоров'я.

Operating practice of the budgetary planning of charges on a health protection in Ukraine is considered and analysed. The problems of forming and allocation of charges of local budgets on one of major spheres of public services – health protection are reflected.

Фінансове планування і прогнозування є найважливішими функціями управління фінансами охорони здоров'я. Саме від того, наскільки якісно буде складений і реалізований фінансовий план, залежить забезпеченість охорони здоров'я фінансовими ресурсами та здатність цієї галузі ефективно виконувати свої функції. Об'єктом фінансового планування є фінансова діяльність як окремих лікувально-профілактичних установ, спрямована на досягнення кінцевих і проміжних цілей оздоровлення населення, так і галузі загалом. Фінансове планування здійснюється на основі показників, які відображають усі особливості фінансової діяльності окремих лікувально-профілактичних установ і охорони здоров'я в цілому. На цій стадії визначаються обсяги фінансових ресурсів, які будуть залучені системою охорони здоров'я для виконання своїх функцій з різних джерел надходжень, а також напрямки їх витрачання.

Центральне місце у фінансовому плануванні посідає бюджетне планування, оскільки воно пов'язане з показниками фінансових планів підприємств, організацій та установ різних форм власності та підпорядкування [1, 248]. Бюджетне планування відображає певні економічні відносини між державою та організаціями й установами охорони здоров'я

щодо визначення обсягу фінансових ресурсів, що спрямовуються для виконання покладених на них функцій.

В економічній літературі питання бюджетного планування розглядали такі вітчизняні вчені, як В. Андрущенко, О. Василик, В. Дем'янишин, О. Кириленко, В. Опарін, В. Федосов, С. Юрій та ін. Дослідженням проблем фінансового забезпечення охорони здоров'я присвячені праці Н. Карпшин, З. Лободіної, А. Малагардіса, В. Мортікова, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, О. Тулай та інших зарубіжних науковців. Проте недостатньо розробленими залишаються питання фінансового планування як найважливішої функції управління фінансами охорони здоров'я. У цьому процесі значну роль відіграє бюджетне планування, що і обумовило вибір та актуальність теми дослідження.

Метою статті є аналіз існуючого порядку бюджетного планування та розподілу бюджетних коштів для фінансування системи охорони здоров'я в Україні та формування шляхів його реформування в умовах ринкових перетворень.

Розгляд практики бюджетного планування видатків на охорону здоров'я дав змогу виокремити низку проблем. Перший комплекс проблем пов'язаний з недоскона-

лістю механізму бюджетного планування, який передбачає планування за принципом "зверху-вниз". Тобто, спочатку складають і затверджують Державний бюджет України, потім – бюджети нижчого рівня (поступово, залежно від рівня управління), після чого приступають до складання і затвердження фінансових планів (кошторисів) бюджетних установ. Така методика бюджетного планування не прийнятна для ринкової економіки. Реформування механізму бюджетного планування в умовах розвитку ринкових відносин слід починати з переходу бюджетного планування до планування за принципом "знизу-вверх", тобто бюджетне планування мало б починатися на базовому рівні і завершуватися на загальнодержавному [1, 254].

Перед формуванням місцевих бюджетів на кожен наступний фінансовий рік Міністерство фінансів України доводить розрахункові показники відповідним місцевим органам виконавчої влади та місцевого самоврядування, до компетенції яких належить розробка проектів та затвердження відповідних бюджетів. Такі розрахункові показники визначаються окремо для бюджету Автономної Республіки Крим, обласних бюджетів, бюджетів міст Києва і Севастополя, міст республіканського АР Крим та обласного значення, бюджетів районів. Таким чином, Міністерство фінансів на макроекономічному рівні визначає суму прогнозних обсягів бюджетних ресурсів для різних рівнів місцевих бюджетів загалом по країні. Це свідчить про посилення централізації бюджетного планування, адже розрахунки видатків державного і більш ніж 700 місцевих бюджетів здійснює Міністерство фінансів України [2]. Проте ці розрахункові показники доводяться з центрального рівня на місцевий не кожен окремо, а як розрахунковий показник всього обсягу видатків загального фонду конкретного місцевого бюджету.

Положення статті 61 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" [3] гарантує самостійність місцевих бюджетів, яка полягає в тому, що для місцевих бюдже-

тів встановлюються власні та закріплені за ними на стабільній основі джерела доходів, органи місцевого самоврядування мають право самостійно визначати напрямки використання коштів місцевих бюджетів, ухвалюючи рішення про місцевий бюджет на відповідний календарний рік. Втручання державних органів у процес складання, затвердження та виконання місцевих бюджетів не прийнятне. У зв'язку з цим, отримавши з центрального рівня розрахункові показники для фінансування соціальних послуг, місцева влада надалі сама вирішує питання розподілу цих коштів за напрямками витрат. В результаті, при прийнятті місцевих бюджетів реальні заплановані видатки не завжди збігаються з тими розрахунковими нормативами, що визначені Міністерством фінансів. Місцеві органи самоврядування можуть прийняти рішення про збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я за рахунок власних надходжень, або ж про їх зменшення. На практиці часто має місце затвердження менших обсягів, незважаючи на те, що контрольні розрахункові показники обсягів бюджетних видатків в розрізі окремих функцій доводить Міністерство фінансів до відповідних місцевих органів влади та самоврядування. Однак ці контрольні цифри не є обов'язковими до виконання. Так, при розробленні і затвердженні бюджетів 17 областей України були заплановані обсяги видатків на охорону здоров'я менші, ніж передбачено розрахунковими показниками Міністерства фінансів [4]. Проте регіони, що при формуванні бюджету затвердили видатки в розмірах, менших від доведених Міністерством фінансів контрольних цифр, протягом бюджетного року намагаються збільшити фінансування, наблизивши його до розрахункових цифр. Щоправда досягти виправлення ситуації, через обмежені економічні можливості, не завжди вдається.

Заклади та заходи системи охорони здоров'я фінансуються з бюджетів різних рівнів: державного бюджету, обласних та районних бюджетів, а також з бюджетів міст,

сіл та селищ, з розподілом повноважень на фінансування видатків між державою та органами місцевого самоврядування. Цей розподіл видатків встановлено статтями 87–91 Бюджетного кодексу України, де зазначається, що видатки на охорону здоров'я, що фінансуються з бюджетів областей, районів, сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань, враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, які надаються з Державного бюджету України [5]. Це означає, що видатки обласних, районних, міських, сільських і селищних бюджетів на охорону здоров'я в Україні фінансуються шляхом надання міжбюджетних трансфертів з державного бюджету. І лише невелика кількість закладів та заходів охорони здоров'я, визначена Постановою Кабінету Міністрів України від 15.03.2002 р. №342, фінансується безпосередньо з держбюджету [6].

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України №1195 від 5.09.2001р. “Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” розрахункові показники обсягів видатків на охорону здоров'я визначаються залежно від чисельності населення адміністративно-територіальної одиниці та співвідношень між бюджетом Автономної Республіки Крим, обласними бюджетами, бюджетами міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, бюджетами районів, з урахуванням коригувальних коефіцієнтів та специфічних видатків на формульній основі [7]. Цією постановою регламентовано застосування двох формул для розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я: перша формула – для бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету; друга – для бюджету міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, бюджетів районів.

Є ще й проблеми, які пов'язані з недосконалістю пропорцій розподілу фінансових ресурсів між рівнями бюджетної системи та

рівнями надання медичної допомоги. Згідно з діючим порядком, структура розрахунку розподілу видатків на систему охорони здоров'я між рівнями бюджетної системи у вигляді міжбюджетних трансфертів виглядає таким чином:

– на рівні обласного бюджету має залишатися 35,4% від загальної суми міжбюджетного трансферту, що передається на цей рівень з державного бюджету. Решта коштів за принципом “per capita”, з урахуванням кількості жителів в кожному конкретному районі та місті обласного значення, передається до бюджетів цих районів та міст;

– на рівні районних та міст обласного значення повинно залишатися не більш як 55,1% суми трансферту, що передається на цей рівень з обласного бюджету. Решта коштів з урахуванням нормативів бюджетної забезпеченості витрат на одного жителя і кількості населення в кожній адміністративній одиниці, що належить до складу району або міста, передається до бюджетів цих територій – тобто, до бюджетів міст районного значення, селищних та сільських бюджетів. На цьому рівні не визначаються окремо нормативи фінансового забезпечення для первинної медико-санітарної амбулаторної та вторинної допомог.

Формування міжбюджетних трансфертів, які надаються з районного бюджету бюджетам місцевого самоврядування (бюджетам територіальних громад сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань), а також з міських бюджетів міст обласного значення та республіканського АР Крим, міста Севастополя та бюджетами адміністративно підпорядкованих йому міст, селищ, сіл (крім бюджетів місцевого самоврядування), регулюється окремим Законом України “Про міжбюджетні відносини між районним бюджетом та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань” від 1.07.2004 року № 1953-IV та прийнятою на його виконання Постановою від 31 грудня 2004 р. № 1782 [8;9]. Ця Постанова затвердила формулу розподілу обсягу міжбюджетних транс-

фертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до відповідного місцевого бюджету) між районним або міським бюджетом м. Севастополя, міста республіканського АР Крим чи обласного значення, якому адміністративно підпорядковані інші міста, села, селища, та бюджетам територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань. Розрахунковий показник обсягу видатків бюджету місцевого самоврядування також визначається на основі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості та коригувальних коефіцієнтів до них з розрахунку на одного жителя. Згідно з цією формулою, частка фінансового нормативу бюджетної забезпеченості видатків на первинну медико-санітарну амбулаторну допомогу, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами, у фінансовому нормативі бюджетної забезпеченості видатків на охорону здоров'я для бюджету всього району, м. Севастополя, міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, якому адміністративно підпорядковані інші міста, села чи селища, має становити не менш ніж 0,23 [9]. Це означає, що видатки на забезпечення первинної медико-санітарної амбулаторної допомоги, яка надається зазначеними вище сільськими медичними закладами, при плануванні районного бюджету мають складати не менше 23% в структурі фінансового нормативу бюджетної забезпеченості всіх видатків на охорону здоров'я бюджету району. Але якщо в містах, селах та селищах нема юридично самостійних відповідних закладів первинної медичної допомоги, то зазначені кошти залишаються у бюджеті району. Таким чином, перегляд юридичного статусу неефективних самостійних амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів, створення на території району одного постачальника послуг первинної допомоги (наприклад, районного центру первинної медичної допомоги) дає можливість концентрувати фінансові та інші ресурси на районному рівні.

Зазначений коефіцієнт не враховує видатки на первинну медичну допомогу, що надається ще й іншими постачальниками. Зокрема, не враховано, що первинна амбулаторна допомога надається також й дільничними лікарями (або лікарями загальної практики – сімейної медицини – там, де такі є) районних та міських поліклінік, які є структурними підрозділами відповідних лікарень. Слід взяти до уваги, що в Україні первинну медичну допомогу, окрім лікарів загальної практики, надають ще й дільничні лікарі-терапевти й педіатри. Також цей коефіцієнт не враховує так звані сільські дільничні лікарні, які юридично вважаються закладами вторинної медичної допомоги, хоча, по суті, надають населенню не вторинну, а первинну допомогу. Очевидно, що така специфіка зберігатиметься до тих пір, поки не буде підготовлена достатня кількість лікарів загальної практики і не буде завершено повний перехід до організації первинної медико-санітарної амбулаторної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Отже, через відсутність чіткого інституційного та функціонального розподілу первинної та вторинної допомог, цей коефіцієнт не повною мірою відображає фінансові потреби першої. Але це перший крок до розмежування видатків, тому що цей коефіцієнт відповідно до законодавства має використовуватися як обов'язковий критерій при визначенні частки видатків районних та міських бюджетів на забезпечення послуг, що надаються самостійними дільничними амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Зробивши розрахунки за формулою, яка розраховує трансферти до обласного та районного бюджету, а потім за формулою, яка розраховує трансферти для бюджетів міста, села та селища, приходимо до висновку, що 23% районного бюджету відповідатимуть лише 9,5% від загальної суми трансферту, що передається з державного бюджету для фінансування охорони здоров'я на рівень області. Це приблизно втричі менше, ніж

на практиці використовується для фінансування первинної медичної допомоги в інших країнах Європи [10, 8].

За даними Міністерства фінансів України, в структурі загальних видатків на охорону здоров'я найбільша питома вага належить видаткам бюджету Автономної Республіки Крим, обласних, міських (міст Києва та Севастополя) бюджетів (34,9%), міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення (35,9%), і районних бюджетів (23,3%). Частка в структурі загальних видатків на охорону здоров'я сільських і селищних бюджетів становила відповідно 4,9 і 1,0% [11, 14].

Хоча, згідно з проектом змін до згаданої вище Постанови Кабінету Міністрів цифра 23% зростає до 29, цих коштів не достатньо для забезпечення потреб у фінансуванні первинної медичної допомоги, враховуючи також те, що збільшується кількість закладів, які її надають. За останні п'ять років амбулаторно-поліклінічних закладів в Україні збільшилося на 259 одиниць (табл.1). Зокрема, в Тернопільській області з 2003 р. кількість таких закладів зросла у 1,3 рази, також з'явилося 140 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, в яких зайнято близько 800 медичних працівників.

Перевагою запровадження формульного підходу до розрахунку видатків місцевих бюджетів є створення прозорого і зрозумілого механізму планування бюджетних видатків. Згідно з новим Порядком змінився підхід у розрахунках бюджетних видатків: від планування, відповідно до мережі бюджетних установ, що мало місце до бюджетної реформи 2001 р., до формування місцевих бюджетів на основі єдиних нормативів на одного мешканця чи споживача соціальних послуг [2].

Таке застосування елементів нормативного методу при розрахунках обсягів видатків місцевих бюджетів є його перевагою, адже допомагає уникнути суб'єктивізму в рішеннях про фінансування тих чи інших бюджетних видатків та гарантує адміністративно-територіальним одиницям середні розміри видатків (у розрахунку на душу населення) за рахунок коштів місцевих бюджетів, що повинно поступово зменшити територіальні відмінності в рівнях надання суспільних послуг населенню. Проте в Україні процес вирівнювання бюджетної забезпеченості за допомогою механізму міжбюджетних трансфертів не ефективний. Так, спостерігається значне коливання показників видатків з бюджетів обласних центрів у розрахунку на одного мешканця (табл.2).

Таблиця 1

Мережа амбулаторно-поліклінічних закладів України у 2003–2007 рр. [12, 69]

Показник	Рік				
	2003	2004	2005	2006	2007
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (всього), у т.ч.:	6583	6660	6692	6792	6842
– самостійних поліклінік і амбулаторій	3386	3533	3605	3739	3841
– поліклінічних відділень при:					
міських лікарнях	633	644	631	627	548
обласних лікарнях	26	26	26	25	25
ЦРЛ	474	473	480	477	474
дільничних лікарнях	734	679	668	648	609
пологових будинках	89	90	87	90	89
– диспансерів	388	378	372	370	369
– стоматологічних поліклінік	317	313	281	283	300

Таблиця 2

Видатки бюджетів обласних центрів України на охорону здоров'я у 2004-2007 рр.
в розрахунку на одного мешканця у гривнях *

Обласні центри	Роки			
	2004	2005	2006	2007
Харків	130,7	160,4	206,5	284,4
Дніпропетровськ	140,8	196,8	243,9	327,8
Одеса	111,1	159,0	207,4	330,3
Донецьк	125,2	180,1	232,5	297,8
Запоріжжя	163,9	213,7	263,8	331,0
Львів	119,8	143,3	198,9	283,3
Миколаїв	110,1	156,1	207,5	279,0
Луганськ	144,8	173,1	235,4	313,4
Вінниця	120,9	158,8	209,7	274,2
Сімферополь	162,7	205,9	254,7	369,7
Херсон	144,8	193,2	232,5	329,1
Полтава	115,6	176,3	221,7	305,1
Чернігів	152,4	198,7	240,3	317,8
Черкаси	126,7	175,0	235,6	307,7
Суми	140,5	185,3	224,2	299,3
Житомир	117,6	162,2	201,0	279,5
Хмельницький	169,6	203,8	272,3	354,1
Кіровоград	115,0	161,9	223,0	301,3
Рівне	114,9	165,4	219,8	278,4
Чернівці	116,2	145,7	217,8	293,4
Тернопіль	115,7	199,1	223,9	302,4
Івано-Франківськ	119,4	169,4	207,0	292,8
Луцьк	134,6	193,2	255,6	310,2
Ужгород	134,0	199,9	245,3	319,9
Розмах варіації	59,5	62,6	56,7	56,1

* Складено за даними: [13;14;15;16].

Новий механізм вирівнювання бюджетних надходжень потенційно міг би позитивно вплинути на реструктуризацію охорони здоров'я регіонів, оскільки в його рамках фінансування не залежить від мережі та структури медичних установ. Проте цей механізм не враховує проблему фрагментації фінансових ресурсів, яка дісталася в спадок від радянської системи охорони здоров'я. Об'єднання коштів галузі відбувається на різних рівнях, і використовуються ці кошти на утримання мережі установ, які належать до різних рівнів, в той час, як послуги, які надаються цими установами, можуть ду-

блюватися і бути взаємозамінюваними. Таке об'єднання ресурсів на різних рівнях не дає змоги оптимізувати процес надання медичної допомоги і сприяє збереженню неефективних методів надання послуг [4, 14].

Центральне місце в формулах розподілу обсягів видатків на охорону здоров'я посідає фінансовий норматив бюджетної забезпеченості. Він є єдиним для всіх місцевих бюджетів і дорівнює середнім по країні витратам на одного споживача бюджетної послуги за кожним видом видатків. Аналіз процесу встановлення фінансових нормативів свідчить, що їх не можна розглядати

нині як інструмент нормативного планування видатків місцевих бюджетів на основі науково обґрунтованого визначення потреби в бюджетних ресурсах. Згідно з Бюджетним кодексом України фінансові нормативи бюджетної забезпеченості використовуються для визначення розподілу міжбюджетних трансфертів. Отже, вони є лише важелем для здійснення перерозподільчих процесів. Фінансові нормативи бюджетної забезпеченості отримують не методом прямого розрахунку, на основі врахування потреб у коштах бюджетних установ, а “зворотним” шляхом – коли загальний прогнозний обсяг видатків на визначену мету з усіх місцевих бюджетів України ділиться на сукупний контингент отримувачів суспільних послуг [17, 29].

За своєю суттю фінансові нормативи, що регулюють відносини в сфері охорони здоров'я, мають відображати певний обсяг бюджетних ресурсів, які спрямовуються в галузь і є гарантією держави щодо задоволення визначеного переліку потреб населення окремих регіонів у послугах охорони здоров'я.

Фінансовий норматив бюджетної забезпеченості, згідно зі статтею 95 Бюджетного кодексу України, коригується коефіцієнтами, що враховують відмінності у вартості надання соціальних послуг залежно від чисельності населення та споживачів відповідних послуг, кліматичних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальної одиниці. Хоча застосування коригувальних коефіцієнтів свідчить про значний прогрес, досягнутий при здійсненні розрахунків обсягів видатків на охорону здоров'я. Негативним аспектом є відсутність прозорої процедури визначення вищезгаданих коефіцієнтів. Відомо, що окремі з них розраховані на підставі даних минулих років. Такий підхід не завжди можна вважати переконливим аргументом для формульного розрахунку, адже практика останніх років показує нерідко необґрунтовані й спонтанні дії уряду в сфері охорони здоров'я. За останні роки фактичні обсяги фінансування

далеко не відповідали наявним потребам у галузі охорони здоров'я, тому недоліки і прорахунки минулого можуть бути автоматично перенесені на плановий рік. Також використовуються коригуючі коефіцієнти, які дозволяють врахувати відмінності у питомій вазі видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків місцевих бюджетів. Проте такі показники потребують перерахунку у зв'язку зі щорічним, а інколи і кілька разів на рік, підвищенням заробітної плати медичним працівникам. Однак повторні перерахунки уряд не проводить, і коефіцієнти залишаються на рівні минулих років. Перелік показників, які можна використати для коригування пропорцій розподілу фінансових ресурсів охорони здоров'я, може бути набагато ширший. Так, пропонується визначати коригувальні коефіцієнти щодо диференціації рівня витрат місцевих бюджетів залежно від рівня захворюваності населення адміністративно-територіальної одиниці, показників смертності, інвалідності, екологічної ситуації в регіоні, окремо для курортних зон тощо [18, 93].

Існуючі формули розподілу бюджетних ресурсів не повною мірою відображають потреби населення в послугах охорони здоров'я, особливо на рівні районних бюджетів та бюджетів місцевого самоврядування, а також містять в собі окремі розрахункові параметри, які є недостатньо прозорими [11, 15]. Тому, на нашу думку, доцільно розробити нову модель розподілу фінансових ресурсів на охорону здоров'я на основі визначення науково-обґрунтованих нормативів витрат з повнішим урахуванням існуючого рівня споживання послуг, потреб у наданні медичної допомоги, пропозицій системи охорони здоров'я та інших факторів.

У світовій практиці вироблено кілька способів визначення нормативів витрат на потреби сфери охорони здоров'я. У подальших дослідженнях плануємо вивчити та узагальнити зарубіжний досвід використання різних методик розподілу фінансових ресурсів на охорону здоров'я.

Література

1. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України: Монографія. – Тернопіль: ТНЕУ, 2008. – 496 с.
2. Кириленко О. П. Проблеми реформування міжбюджетних відносин в Україні // Економічний часопис-XXI. – 2003. – № 2. – Режим доступу: <http://soskin.info/ea/2003/2/zmist.html>
3. Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні”. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
4. Лехан В., Рудий В., Шишкін С. Система фінансування здравоохранення в Україні и пути ее реформирования // Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні. Додаткові матеріали до семінару “Сучасні методи управління охороною здоров'я та можлива модель реформування галузі”. – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/>.
5. Бюджетний кодекс України. – К.: Атіка, 2001. – 80 с.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 березня 2002 р. № 342 “Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету”. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 вересня 2001 р. №1195 “Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами”. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>
8. Закон України “Про міжбюджетні відносини між районним бюджетом та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань” від 1.07.2004 року № 1953-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 52. – С. 561.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2004 р. № 1782 “Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин”. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>.
10. Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення. // Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні. Додаткові матеріали до семінару: “Сучасні методи управління охороною здоров'я та можлива модель реформування галузі”. – Лютий 2009. – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/>.
11. Еспаньол Ф., Шевченко М. Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України: Посібник. – К., 2006. – 48 с.
12. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік. – К., 2008. – 277 с.
13. Місцеві фінанси: Підручник / За ред. О. П. Кириленко. – К.: Знання, 2006. – 677 с.
14. Фінансовий стан міст. 2005 р. / Асоціація міст України та громад. Асоціація фінансистів України. – К., 2006. – 224 с.
15. Фінансовий стан міст. 2006 р. / Асоціація міст України та громад. Асоціація фінансистів України. – К., 2007. – 220 с.
16. Фінансовий стан міст. 2007 р. / Асоціація міст України та громад. Асоціація фінансистів України. – К., 2008. – 223 с.
17. Кириленко О. П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства // Світ фінансів. – 2004. – №1. – С. 22–33.
18. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: Дис. ... кандидата економічних наук: 08.04.01. – Тернопіль, 2006. – 208 с.