

patriotychnoho vykhovannia naselennia na 2013 – 2017 roky. – Rezhym dostupu : hai-nyzhnyk.in.ua/doc2/2011%2812%29.proekt.php.

3. **Sarkisyan S. A.** Prognozirovanie razvitiya bolshih sistem / S. A. Sarkisyan, L. V. Golovanov. – М. : Progress, 1975. – 192 s.

Надійшла до редколегії 27.01.14

УДК 35

Марина КІРОВА, Людмила МЕЛЬНИК, Ярослав РАДИШ
*Національна академія державного управління
при Президентіві України*

ФІНАНСОВІ МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Аналізується досвід зарубіжних країн щодо політики фінансування системи охорони здоров'я, визначаються можливі ефективні шляхи реформування фінансування галузі для України в період трансформацій.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування галузі, механізми фінансування, модель фінансування, джерела фінансування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування.

Марина Кирова, Людмила Мельник, Ярослав Радыш. Финансовые механизмы государственного управления охраной здоровья: зарубежный опыт

Анализируется опыт зарубежных стран относительно политики финансирования системы здравоохранения, определяются возможные эффективные пути реформирования финансирования отрасли для Украины в период трансформаций.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформирование отрасли, механизмы финансирования, модель финансирования, источники финансирования, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование.

Marina Kirova, Lyudmila Melnyk, Yaroslav Radysh. Financial mechanisms of health care state management: international experience

The experience of foreign countries on the health care financing policies is analyzes, the possible effective ways of the health care financing reforms in the Ukraine during the restructuring is identifies.

Key words: health care system, system reforming, funding mechanisms, financing model, compulsory health insurance, voluntary health insurance.

Проблеми охорони здоров'я вимагають постійної уваги з боку держави, а їх розв'язання має бути одним із пріоритетних напрямів соціальної політики. Переважна більшість зарубіжних країн намагається проводити ефективну політику щодо фінансування системи охорони здоров'я. Однак макроекономічні, демографічні та фінансові чинники обмежують можливості урядів збільшувати обсяги державного фінансування охорони здоров'я. Саме це спонукає до розгляду можливостей реформування механізмів фінансування систем охорони здоров'я.

Чинна система охорони здоров'я в Україні вкрай неефективна. Головною причиною цього є модель фінансування, що не дає державі змоги забезпечити гідний рівень надання медичних послуг. Тому важливо вивчити досвід зарубіжних країн з метою пошуку можливих шляхів фінансування системи охорони здоров'я в нашій державі.

Удосконаленню фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я присвячені праці багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів: О. Д. Василика, К. В. Павлюка, С. Ф. Тернова, М. В. Малаховської, В. І. Євсєєва, К. В. Мних, М. П. Жданової, В. І. Журавля, В. Г. Черненко, А. С. Немченко, Є. М. Кисельова, В. М. Рудого, В. М. Пономаренка, Я. Ф. Радиша та ін. Так, К. В. Мних вважає, що найкращим способом удосконалення фінансування охорони здоров'я для будь-якої країни є запровадження медичного страхування, як добровільного, так і обов'язкового. На думку С. Ф. Тернова та М. В. Малаховської, дійовим засобом розв'язання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я могло б стати поступове запровадження страхової медицини і активне залучення позабюджетних коштів (за рахунок надання законодавчо визначеного переліку платних послуг, здавання в оренду основних фондів, непрофільної діяльності, благодійних коштів тощо), тобто перехід до бюджетно-страхової форми фінансування галузі.

Метою статті є вивчення фінансових механізмів управління охороною здоров'я в зарубіжних країнах та пошук оптимальних шляхів фінансування галузі для української держави в трансформаційний період.

Система охорони здоров'я в Україні гостро потребує реформування її фінансування. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається протягом останнього десятиліття, призвів до значного погіршення якості медичної допомоги. З метою поліпшення доступності і якості медичного обслуговування в громадському секторі українські законодавці готують нові законодавчо-правові акти, шукаючи можливостей для переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує

кожній країні розробити конкретні підходи до формування державної політики щодо фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням власних національних умов і особливостей. Згідно з ВООЗ базовий підхід повинен передбачати три основних елементи: завдання політики фінансування, концептуальна основа, фінансові умови [4].

Залежно від джерел фінансування виділяють три базові моделі фінансування системи охорони здоров'я: державну, бюджетно-страхову та приватну. Слід зауважити, що в жодній державі не діє лише одна модель фінансування, але в деяких державах певна модель може займати домінуюче становище.

Згідно з державною моделлю (у Західній Європі її називають моделлю Беверіджа, в країнах колишнього Радянського Союзу – моделлю Семашка) фінансування системи охорони здоров'я здійснюється переважно (до 90 %) за рахунок державного та місцевих бюджетів. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого переліку високовартісних медичних послуг). Тобто держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги. Ринок медичних послуг відіграє другорядну роль [3; 4]. Країнами, у яких лівова частка фінансування система охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, є Фінляндія – 61,1 %, Іспанія – 65,2 %, Португалія – 71,9 %, Італія – 75,7 %, Мальта – 78,1 %, Ірландія – 79,9 %, Данія – 82,3 %, Швеція – 84,9 %, Сполучене Королівство Великобританії – 87,1 % [10].

Бюджетно- страхова модель фінансування охорони здоров'я, або концепція Бісмарка, базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується, передусім, наявністю обов'язкового медичного страхування (ОМС) усього населення країни за деякою участю держави у фінансуванні страхових фондів. Держава є гарантом задоволення суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи при цьому ринкових принципів оплати медичних послуг [3; 4]. Країнами, система охорони здоров'я яких фінансується переважно за рахунок ОМС, є Австрія – 46 % від загального розміру фінансування охорони здоров'я, Польща – 56,9 %, Литва – 58,1 %, Румунія – 62 %, Угорщина – 62,4 %, Нідерланди – 62,8 %, Бельгія – 64,5 %, Словаччина – 65 %, Німеччина – 66,7 %, Словенія – 68,8 %, Естонія – 70,9 %, Люксембург – 73,7 %, Франція – 75,7 %, Чехія – 80,8 % [10].

Приватна модель фінансування охорони здоров'я характеризується наданням медичної допомоги переважно на платній основі за рахунок самого споживача медичних послуг, відсутністю єдиної системи державного медичного страхування. Головним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок таких послуг. Частину потреб, яка не задовольняється ринком, бере на себе держава шляхом розробки і фінансування суспільних програм медичної допомоги. До країн, у яких фінансування системи охорони здоров'я переважно здійснюється за рахунок добровільного медичного страхування та офіційних платежів населення за отримані медичні послуги, належить Болгарія – 41,8 %, Латвія – 47,4 %, Греція – 48,7 %, Кіпр – 55,9 % [10].

Отже, перша модель системи охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до бюджету, друга – за рахунок ОМС, третя – за рахунок добровільного медичного страхування.

На підставі аналізу праць зарубіжних дослідників можна сформулювати завдання політики фінансування системи охорони здоров'я:

- посилення захисту від фінансових ризиків, забезпечення більш справедливого розподілу ресурсів системи охорони здоров'я;
- забезпечення справедливого використання і надання медичних послуг з урахуванням потреби в них, підвищення рівня прозорості і підвітності системи охорони здоров'я перед населенням, підвищення якості й ефективності надання медичних послуг, підвищення ефективності управління системою фінансування охорони здоров'я [4].

Слід зауважити, що на проміжні завдання та кінцеві результати фінансування галузі впливають не тільки система охорони здоров'я, а й скоординована політика держави та її реалізація з урахуванням усіх галузевих функцій системи.

Фінансові ресурси системи охорони здоров'я, як показало вивчення механізмів їх формування у країнах Європейського Союзу, поділяються на державні і приватні. Державні механізми формування фінансових ресурсів (податки та внески до обов'язкового державного соціального страхування) встановлюються на законодавчому рівні, є обов'язковими та покривають фінансові ризики в галузі охорони здоров'я, тобто забезпечують доступ до безоплатної медичної допомоги.

Приватні механізми, як правило, функціонують на добровільній основі. Деякі базуються на попередній оплаті – добровільне медичне страхування, інші – на оплаті в момент отримання медичної послуги – прямих платежах населення.

У країнах ЄС видатки, спрямовані на фінансування галузі,

значно більші, ніж в Україні. Так, в Україні видатки на охорону здоров'я становлять приблизно 3 % від ВВП, тоді як у Швеції та Данії – 9%, Бельгії – 9,6%, Австрії – 10 %, Португалії – 10,2 %, Франції – 10,5 %, Німеччині – 10,6% [10].

При цьому, за розрахунками експертів ВООЗ, для адекватного й ефективного функціонування системи охорони здоров'я її фінансування має становити не менше ніж 6 – 8 % від ВВП.

З метою зниження навантаження на бюджет значна частина країн ЄС використовує для фінансування охорони здоров'я ОМС, розміри внесків до якого не пов'язані з іншими обов'язковими податками та зборами. Теоретично розмір внесків може відрізнятися залежно від рівня доходів страхувальника чи застрахованої особи, однак на практиці цього не спостерігається. Наприклад, у Нідерландах розмір внесків для всіх однаковий, а в Німеччині їх розмір може бути різним, залежно від фонду, який збирає ці внески. В Австрії розмір внесків коливається від типу зайнятості особи. Розміри внесків до фондів ОМС може визначати та затверджувати уряд країни (Франція, Нідерланди), асоціація страхових фондів (Люксембург) чи окремі фонди (Німеччина). Крім того, може існувати верхня та нижня шкала доходів, за умови перевищення яких внески не стягуються (Німеччина, Австрія, Люксембург). За світовою практикою частину внесків до фонду сплачує роботодавець, частину – працівник.

Звертаємо увагу, що ОМС має вирішувати такі завдання:

- залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування;
- визначення правових, соціальних, організаційних засад надання медичної допомоги;
- створення умов для надання якісної медичної допомоги;
- забезпечення захисту інтересів застрахованих осіб.

Принципи ОМС у зарубіжних країнах такі:

– усеохопність – усі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг;

– державність – держава забезпечує сталість системи ОМС, будучи безпосереднім страхувальником для непрацюючого населення;

– некомерційність – прибуток від ОМС є джерелом поповнення фінансових резервів системи страхування і не може бути способом збагачення [6].

Запровадження в Україні ОМС матиме такі позитивні наслідки:

1. Забезпечення всіх громадян рівним доступом до медичних послуг. Цей процес має супроводжуватися посиленням контролю держави за функціонуванням регіонального фонду соціального

медичного страхування і станом його менеджменту. При використанні в Україні такого механізму фінансування галузі необхідно вносити зміни до бюджетного законодавства щодо процедури формування бюджету та концентрації коштів.

2. Створення можливості страхувати соціальні ризики, пов'язані зі здоров'ям людей, підвищення ефективності державного регулювання охорони здоров'я.

3. Гарантування високої якості надання медичної допомоги.

Запроваджуючи ОМС, необхідно чітко та обґрунтовано визначити правові, організаційні та фінансові засади функціонування такої системи [1].

Крім обов'язкового існує можливість використання добровільного медичного страхування. Мета добровільного медичного страхування полягає в наданні громадянам (застрахованим особам) у разі виникнення страхового випадку повної або часткової компенсації страховиком вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів.

Основні функції добровільного медичного страхування такі:

- акумулятивна – формування цільового страхового фонду;
- компенсаційна – відшкодування збитків у страховому випадку;
- превентивна – фінансування та організація комплексу заходів

для запобігання страхових випадків [7].

Аналізуючи добровільне медичне страхування в зарубіжних країнах, слід зазначити, що цей вид страхування має недоліки: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

У більшості країн ЄС видатки із фонду добровільного медичного страхування становлять менше ніж 10 % загальних витрат на охорону здоров'я. Водночас добровільне медичне страхування має важливе значення в поєднанні з обов'язковим страхуванням та державним регулюванням. На думку науковців, воно може повністю або частково покривати витрати на медичні послуги, які не в повному обсязі фінансуються державою.

У більшості європейських країн пацієнт повинен особисто відшкодувати частину витрат на своє лікування. Наприклад, у Великій Британії 13 % населення користуються приватним добровільним медичним страхуванням. При цьому пацієнти сплачують лише 10 % від вартості медичних послуг. Приватні страхові компанії доповнюють державне фінансування охорони

здоров'я та страхують тільки ті ризики, які не бере на себе Національна служба охорони здоров'я. Оскільки рівень розвитку цієї служби дуже високий, сфера діяльності приватного медичного страхування досить обмежена.

У Франції застраховано на сьогодні майже 12 % населення. Приватна страхова компанія сплачує госпітальні витрати та рахунки пацієнта за прийом лікарем. Перелік додаткових послуг може змінюватися та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями [1].

У всіх країнах Західної Європи, крім Франції та Словаччини, існує практика прямих платежів населення за медичні послуги. Для 18 країн ЄС це другий за значенням механізм фінансування галузі, однак становить менше ніж третину в загальному обсязі фінансування галузі. За останні роки частка прямих платежів збільшилась у 15 країнах ЄС. У Німеччині приблизно 12 % фінансування системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок прямих платежів населення, у Франції за рахунок співоплати пацієнтів здійснюється 13 % видатків на охорону здоров'я, у Фінляндії – близько 23 % [1].

Важливим для України в період реформування галузі є досвід Російської Федерації, в якій із прийняттям у 1991 р. закону «Про медичне страхування громадян РРФСР» передбачалося запровадження системи ОМС та створення умов (правових, економічних, організаційних) для розвитку добровільного медичного страхування [8].

У результаті масштабних перетворень було змінено організацію медичного обслуговування, що обумовило появу нових джерел і каналів фінансування, нових суб'єктів (фонди ОМС і страхові медичні організації), нових форм фінансування лікувально-профілактичних закладів (замість чітко затвердженого кошторису витрат керівники лікувально-профілактичних закладів отримали право розпоряджатися фінансовими ресурсами на власний розсуд) [9].

Науковці стверджують, що під час реформування системи фінансування охорони здоров'я з'явилася можливість застосування трьох моделей ОМС, які відрізняються між собою за типом організації, що виконує функції страховиків у межах регіону [2]:

1. Модель з конкуруючими страховиками: функції страховиків виконують тільки ті страхові медичні організації, які конкурують між собою за страхувальників.

2. Модель з одним страховиком: функції страховиків виконують лише філії фонду ОМС.

3. Модель з неоднорідною структурою страховиків: функції

страховиків виконують страхові медичні організації та філії фонду ОМС.

Перша та друга моделі, як правило, застосовуються в європейських країнах. Для Російської Федерації більш характерною є третя модель, за якої страховиком у системі ОМС є Центральний фонд обов'язкового медичного страхування, що має територіальні філії, а також велику кількість більш дрібних страховиків [2].

Отже, у зв'язку із введенням у дію ОМС з'явилися нові джерела фінансування системи охорони здоров'я Російської Федерації, а саме: бюджетні кошти; внески роботодавців на ОМС; кошти населення; кошти відомств і підприємств на утримання відомчих лікувально-профілактичних закладів.

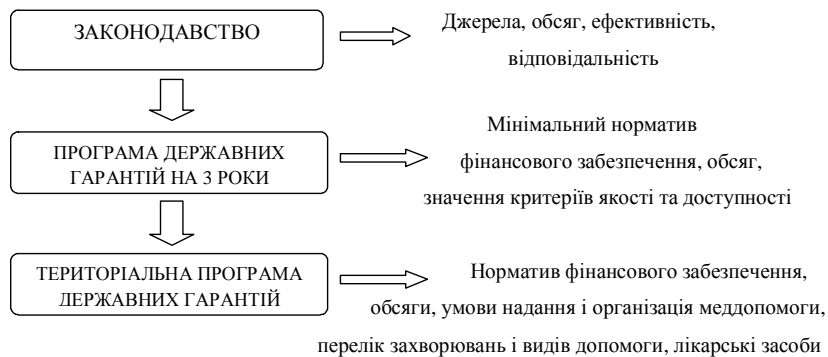
Слід наголосити на тому, що зміни механізму фінансування системи охорони здоров'я відбувалися в умовах скорочення державних витрат на функціонування цієї галузі, що було зумовлено тривалою економічною кризою, децентралізацією державного управління та зниженням його дієздатності. У результаті такого реформування система ОМС була введена частково, тому кардинально не замінила існуючу систему фінансування.

Викликає інтерес затверджена в 1998 р. Програма державних гарантій, яка встановлювала державний мінімальний подушний норматив фінансування на рік і нормативи обсягів медичної допомоги.

Сьогодні в Російській Федерації, де відбувається реформування системи охорони здоров'я, визнається доцільність забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги в повному обсязі, у тому числі за рахунок: конкретизації державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання такої допомоги; удосконалення системи стандартизації в галузі охорони здоров'я з метою впровадження сучасних медичних технологій надання медичної допомоги в разі найбільш поширених захворювань, що завдають найбільшої шкоди здоров'ю населення і соціальному благополуччю країни; планування ресурсів, що забезпечують реалізацію державних гарантій (рисунок) [5].

З метою поліпшення розподілу фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я за досвідом Росії необхідна структурна реорганізація мережі медичних закладів, а саме створення медичних закладів загальної медичної практики з долікарським (фельдшерським) прийомом, які надаватимуть первинну медико-санітарну допомогу; багатопрофільні лікарні з консультативно-діагностичними центрами, які надають спеціалізовану консультативну і стаціонарну допомогу; регіональні спеціалізовані центри, які надають дорогі високотехнологічні види медичної допомоги.

Механізми державного управління



Державні гарантії безкоштовної медичної допомоги

Незважаючи на реформування системи охорони здоров'я, у Російській Федерації зберігається нерівномірний розподіл фінансових ресурсів у галузі з розрахунку на одного громадянина в різних регіонах та на рівні фінансового забезпечення територіальних програм державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги. Крім того, нераціональним є розподіл фінансових ресурсів між стаціонарною та амбулаторно-поліклінічною допомогою (70 % та 30 %) [1].

Серед країн, що здійснювали перехід до ринкової економіки, Угорщина, Чехія та Естонія, на наш погляд, мають найбільш розвинені системи ОМС. Особливо цінним є досвід цих країн стосовно укладання контрактів між фондами (компаніями) медичного страхування та надавачами послуг. Крім того, незважаючи на певні проблеми, система збору коштів на медичне страхування в цих країнах є досить стабільною і розвинутою. Однак надавачі послуг тут не є незалежними, як це повинно було б бути в ідеальній схемі медичного страхування. Питання статусу надавачів послуг матиме важливе значення і в Україні, особливо якщо буде прийнято закон про ОМС.

В Угорщині, Чехії та Естонії правила ОМС неодноразово змінювалися з метою підвищення ефективності системи. Це свідчить про те, що нелегко найти «зрілу модель» ОМС за короткий час і що кожна країна має пройти певний розвиток, протягом якого правила та положення можуть неодноразово переосмислюватися і змінюватися. Реформи повинні ретельно плануватися для уникнення очевидних помилок, а якщо вони все ж трапляються, необхідна воля для їх якнайшвидшого виправлення [3].

Загалом обсяг медичної допомоги, що пропонується в рамках ОМС

Державне управління та місцеве самоврядування, 2014, вип. 1(20)

в країнах Центральної та Східної Європи, є досить всеохоплюючим. Прикладом базового пакету для України може бути закон про ОМС Росії, а також латвійський закон. Однак кожна країна має свої специфічні особливості, а отже, Україна має розробити власний базовий пакет з урахуванням власних умов. Головним для України має бути залучення до обговорення процесу реформ усіх сторін. Місцеві керівники повинні забезпечити потік інформації на місцевому рівні. Перехід до системи ОМС – це радикальний перехід від минулого в майбутнє і, можливо, найкращий спосіб просуватись уперед, забезпечуючи незворотність змін на кожному наступному етапі.

Приклад багатьох країн свідчить, що важливо чітко визначити сфери відповідальності різних сторін (місцевої адміністрації, муніципалітетів, лікарняних кас) за фінансування тих чи інших послуг, за капітальні інвестиції [3]. Відсутність такого розмежування може призводити до конфліктів і зниження якості послуг. Розмір страхових внесків є різним у різних країнах. Як правило, фінансування здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, державного бюджету та страхових внесків, що сплачуються роботодавцями та працівниками. Види та структура, а також ступінь незалежності фондів/страхових компаній є різними для різних країн. У більшості країн незалежність їх діяльності гарантується радою, до складу якої входять представники держави, роботодавців і працівників, та широкими повноваженнями їх директорів.

Досвід країн Європи свідчить, що запровадження системи ОМС не обов'язково викорінює приховану оплату пацієнтами лікування. Щоб це відбулось, ОМС повинно створити нові стимули для лікарів та інших медичних працівників. Одне з вирішень проблеми може полягати в одночасному із запровадженням ОМС підвищенні заробітної плати медичних працівників. У будь-якому випадку необхідно усвідомлювати той факт, що викорінення прихованих платежів потребує часу.

Показниками ефективності державної політики України в галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я і медичній допомозі.

Проблеми з фінансуванням систем охорони здоров'я і зростанням видатків на них є основними причинами проведення реформування в цій галузі. Унаслідок комплексного аналізу досвіду зарубіжних країн з регулювання фінансування системи охорони здоров'я можна зробити висновки, що ефективними кроками реформування національної системи охорони здоров'я для України є:

1. Запровадження обов'язкового державного медичного страхування.

2. Збільшення частки ВВП на фінансування системи охорони здоров'я.
3. Структурна реорганізація мережі медичних закладів.
4. Перехід до багатоканальної системи фінансування галузі.
5. Запровадження державних гарантій стосовно безоплатної медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. **Актуальні** питання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я: теорія та практика : монографія / Л. А. Ляховченко, В. Д. Долот, О. В. Поживілова, Я. Ф. Радиш ; за заг. ред. Я. Ф. Радиша. – К. ; Житомир : Полісся, 2012. – 210 с.
2. **Альтман Н. Н.** Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью / Н. Н. Альтман // Здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 34 – 41.
3. **Досвід** країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Черненка та В. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
4. **Китцин Й.** Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения / Йозеф Китцин. – [б. м. : б. и.], 2008. – 32 с.
5. **Концепция** долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года : утверждена распоряжением Правительства Рос. Федерации от 17 нояб. 2008 г. № 1662-р. – М. : [б. и.], 2008.
6. **Ляховченко Л. А.** Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування як додаткове джерело фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Л. А. Ляховченко // Економіка та держава. – 2010. – № 3. – С. 93 – 97.
7. **Москаленко В. Ф.** Принципы построения оптимальной системы охраны здоровья: украинский контекст : монография / В. Ф. Москаленко. – К. : Кн. плюс, 2008. – 320 с.
8. **О медицинском** страховании граждан РСФСР : закон РСФСР от 28 июня 1991 г. № 1499-1. – Режим доступа : [demoscope.ru/ weekly/knigi/zakon](http://demoscope.ru/weekly/knigi/zakon).
9. **Шейман И. М.** Новые экономические процессы в европейском здравоохранении / И. М. Шейман // Обществ. науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 48 – 63.
10. **Thomson S.** Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos ; Европейская Обсерватория по вопросам и политике здравоохранения. – Дания : [б. и.], 2010. – Вып. 17. – 270 с.

List of references

1. **Aktualni** pytannia finansovoho zabezpechennia zakladiv okhorony zdorovia: teoriia ta praktyka : monohrafiia / L. A. Liakhovchenko, V. D. Dolot,

- O. V. Pozhyvilova, Ya. F. Radysch ; za zah. red. Ya. F. Radysya. – K. ; Zhytomyr : Polissia, 2012. – 210 s.
2. **Altman N. N.** Finansirovanie zdavoohraneniya v svete gosudarstvennykh garantiy obespecheniya naseleniya besplatnoy meditsinskoj pomoschyu / N. N. Altman // Zdravoohranenie. – 2008. – № 2. – С. 34 – 41.
 3. **Dosvid** krain Yevropy u finansuvanni haluzi okhorony zdorovia. Uroky dlia Ukrainy / za zah. red. V. Chernenka ta V. Rudoho. – K. : Akadempres, 2002. – 112 s.
 4. **Kittsin Y.** Politika finansirovaniya zdavoohraneniya: rukovodstvo dlya lits, primimayuschih resheniya / Yozef Kittsin. – [b. m. : b. i.], 2008. – 32 s.
 5. **Kontseptsiya** dolgosrochnogo sotsialno-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoj Federatsii na period do 2020 goda: utverzhdena rasporyazheniem Pravitelstva Ros. Federatsii ot 17 noyab. 2008 g. № 1662-r. – М. : [b. i.], 2008.
 6. **Liakhovchenko L. A.** Zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne medychne strakhuvannia yak dodatkove dzherelo finansuvannia haluzi okhorony zdorovia v Ukraini / L. A. Liakhovchenko // Ekonomika ta derzhava. – 2010. – № 3. – С. 93 – 97.
 7. **Moskalenko V. F.** Pryntsypy pobudovy optymalnoi systemy okhorony zdorovia: ukrainskyi kontekst : monohrafiia / V. F. Moskalenko. – K. : Kn. plus, 2008. – 320 s.
 8. **O meditsinskom** strahovanii grazhdan RSFSR : zakon RSFSR ot 28 iyunya 1991 g. № 1499-1. – Rezhim dostupa : [demoscope.ru/ weekly/knigi/zakon](http://demoscope.ru/weekly/knigi/zakon).
 9. **Sheyman I. M.** Novyye ekonomicheskie protsessy v evropeyskom zdavoohranenii / I. M. Sheyman // Obschestv. nauki i sovremennost. – 2009. – № 2. – С. 48 – 63.
 10. **Thomson S.** Finansirovanie zdavoohraneniya v Evropeyskom Soyuze: problemy i strategicheskie resheniya / Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos ; Evropeyskaya Observatoriya po voprosam i politike zdavoohraneniya. – Daniya : [b. i.], 2010. – Vyip. 17. – 270 s.

Надійшла до редколегії 06.02.14