

УДК 351.77:336.531.2](100)  
DOI: 10.34132/pard2019.05.01

## МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Андріаш В.І.**, д-р наук з держ. упр., доцент Інститут державного управління, Чорноморський національний університет імені Петра Могили м. Миколаїв, Україна

**Малікіна О.А.**, ст. викладач Інститут державного управління, Чорноморський національний університет імені Петра Могили м. Миколаїв, Україна

**Полякова О.А.**, магістр управління та адміністрування, провідний фахівець з методів розширення ринку збуту АТ «Київський вітамінний завод», м. Київ, Україна

~~~~~

*В статті розглядаються особливості міжнародного досвіду фінансування реформ в сфері охорони здоров'я, оскільки витрати на охорону здоров'я європейських країн є одними із ключових показників рівня соціального розвитку й відображенням ступеня уваги, яка приділяється державою та суспільством здоров'ю громадян. Визначено, що рівень національних витрат на охорону здоров'я є відносною величиною, яка розраховується як загальний обсяг державних та приватних витрат на охорону здоров'я протягом календарного року. На основі аналізу встановлено, що в зарубіжних країнах національні витрати на охорону здоров'я складають також кошти зовнішніх запозичень, грантів та пожертвувань від міжнародних установ та неурядових організацій. Розглянуто основні проблеми фінансової підтримки галузі охорони здоров'я та наведено шляхи їх вирішення з урахуванням моделей фінансування цієї сфери в зарубіжних країнах. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України державний та місцеві бюджети залишаються основним джерелом фінансування, але вони ще не в змозі забезпечити його на-*

лежне функціонування, що вимагає термінового прийняття рішень з використанням існуючих кращих практик зарубіжних країн.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, медицина, система охорони здоров'я, медичні реформи.

**Постановка проблеми у загальному вигляді.** Для повноцінного розвитку економіки та добробуту населення здоров'я є однозначно найважливішим чинником. Проголошення медичної реформи висуває на порядок денний питання здійснення державної політики в медичній галузі, її спрямування на необхідні перетворення і створення нової системи охорони здоров'я (далі – СОЗ), здатної забезпечити права громадян на медичну допомогу. Запровадження ґрунтовних змін в організації будь-якої сфери суспільного життя здійснюється шляхом реалізації відповідної державної політики. У зв'язку з цим актуалізуються питання вибору напрямів та шляхів її здійснення, з'ясування її форми та способу реалізації. Усвідомлення впливу згаданих змін на життєдіяльність як усього суспільства в цілому, так і на долю кожної окремої людини підвищує відповідальність державних інститутів за обрані форми та шляхи і робить надважливим завдання з визначення змісту й напрямів здійснення відповідних перетворень.

**Аналіз досліджень та публікацій.** Розглядаючи стан наукової розробки питання державної політики у сфері охорони здоров'я загалом та реалізації медичної реформи зокрема, варто зазначити, що у сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до цієї проблематики таких учених, як В. Лехан, Е. Слабкий, М. Шевченко, Л. Крячкова, В. Еінзбург, С. Пак та інших. Дослідження проблем у межах теми ґрунтуються також на сучасних теоретико-методологічних розробках наступних дослідників: Г. Слабкий, О. Петриченко, С. Лупей-Ткач, Т. Камінська та інші.

Метою статті є проаналізувати міжнародний досвід фінансування реформ в сфері охорони здоров'я.

**Формулювання цілей статті (постановка завдання).** В процесі дослідження були поставлені наступні завдання:

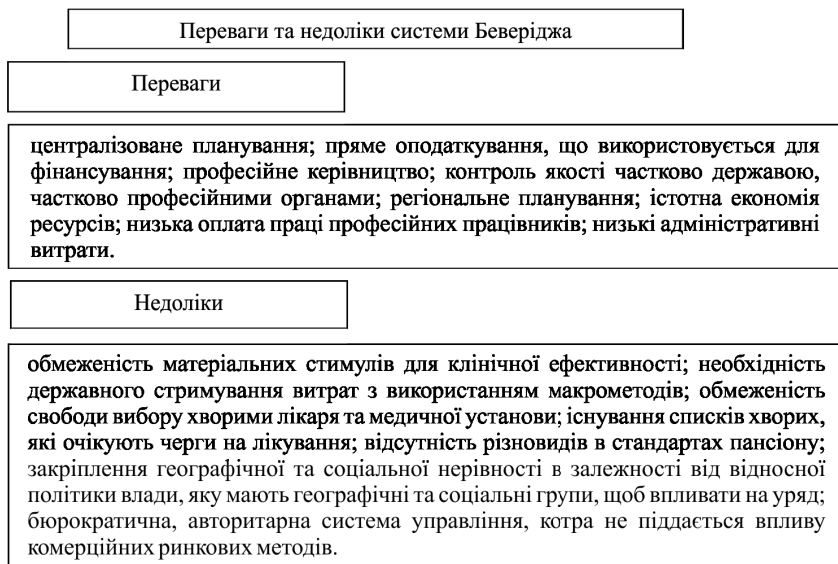
- розглянути основні види систем охорони здоров'я;
- проаналізувати основні характеристики систем охорони здоров'я;
- визначити особливості функціонування існуючих систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах;
- окреслити кращі міжнародні практики фінансування медичних реформ з можливим використанням у вітчизняних умовах.

**Виклад основного матеріалу дослідження.**

Охорона здоров'я (далі – ОЗ) – одна із головних сфер діяльності сучасної держави, мета котрої – організувати й забезпечити доступне медичне обслуговування населення, збереження та підвищення рівня здоров'я власних громадян. На сьогодні існує велика кількість класифікацій систем охорони здоров'я, однак більшість дослідників використовують класифікацію, котра містить три основні моделі: Беверіджа (англійська), Бісмарка (німецька) та Семашко (радянська). Вказані СОЗ ґрунтувалися на основі солідарної ідеології, зміст якої полягав у тому, що внесок громадянина до суспільного добробуту не повинен лежати в основі його можливостей доступу до належного медичного обслуговування. Система державної (бюджетної) охорони здоров'я (система Беверіджа), як й кожна із вказаних систем охорони здоров'я, представлені характерними перевагами та недоліками (рис. 1).

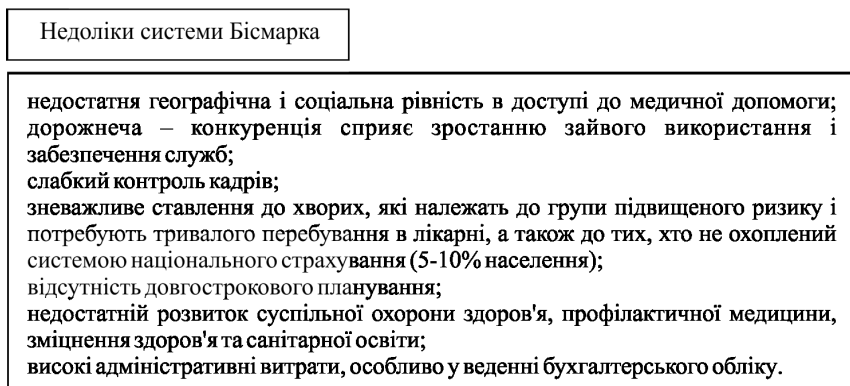
Другою загальновідомою системою державного (регульованого) страхування здоров'я є страхова медицина представлена системою Бісмарка. Вказана система також характеризується низкою певних переваг котрі представлені:

- децентралізованим фінансуванням;
- можливостями обирати фонди медичного страхування населенню та роботодавцям;
- наявністю здорової конкуренції між фондами та службами;
- прискіпливої уваги з боку фондів щодо контролю належної якості й контролю витрат;
- поділом владних органів, котрі фінансують відповідні галузі та служби постачання;
- широким різновидом забезпечення пансіону для широкого залучення клієнтів.



*Рис. 1. Переваги та недоліки системи Беверіджа [8, с. 6; 12; 14, с. 80].*

Наголосимо, що як і кожна з функціонуючих систем, система Бісмарка не позбавлена певних недоліків (рис. 2).



*Рис. 2. Недоліки системи Бісмарка [2]*

Третьою є система приватного страхування здоров'я, на основі платної (ринкової) медицини, характерні риси якої представлені:

- наявністю широкого діапазону медичних установ для задоволення індивідуальних медичних потреб;
- відсутністю списків хворих, котрі перебувають на очікуванні в черзі щодо надання необхідного медичного обслуговування;
- можливістю здійснення прямого доступу до лікарів-спеціалістів;
- приділенням особливої уваги щодо конфіденційності лікування, ввічливості обслуговування та належної якості послуг.

Як й дві попередні, вказана система також не позбавлена певних недоліків (рис. 3).

Недоліки системи платної (ринкової) медицини

дорожнеча;  
відсутність охоплення медичною допомогою незаможного населення;  
судові тягби з приводу якості медичних послуг;  
високі страхові премії для фахівців;  
обмеженість географічного охоплення;  
концентрація уваги на легких захворюваннях;  
неефективне використання капітальних і людських ресурсів;  
недостатня увага допомоги на дому та профілактиці;  
обмежене використання послуг спеціалізованого допоміжного персоналу;  
відсутність регулювання і контролю за якістю клінічних процедур.

*Рис. 3. Недоліки системи платної (ринкової) медицини [2]*

Наголосимо, що для більшості пострадянських країн, котрі перебувають на різних етапах здійснення ринкової трансформації та становлення конкурентоспроможності економіки, показовими є процеси зміни базових принципів організації СОЗ, котрі можуть бути зведені до наступних положень:

- поступова трансформація принципу державного централізованого характеру ОЗ в принцип децентралізації до рівня регіонального управління чи місцевого самоврядування;
- керівну роль в процесах будівництва СОЗ виконує принцип функціонування суб'єктів СОЗ у відповідності до нормативно-правового та професійного стандартів;

– життєдіяльність СОЗ обумовлена поточним станом економіки вільного ринку та науково-технічною сферою, що складає інвестиційний та інноваційний потенціал галузі;

– здійснення підходу щодо державної моделі СОЗ та можливості надання необхідної медичної допомоги населенню виключно в державних рамках на основі багатокладності форм, методів надання необхідних медичних послуг [3].

Крім того неоднозначною щодо вирішення залишається проблема реалізації принципів профілактичного напрямку ОЗ та загальнодоступності медичної допомоги. Незважаючи на прогресивність перетворень у вказаній галузі, й по сьогодні актуальною є теза, що профілактика – не є вузько академічним завданням органів та суб'єктів ОЗ. Також проблемою є й те, що організація профілактичних заходів істотно виходить за межі традиційної СОЗ чи системи реактивного типу, котра потребує її організаційного, структурного реферування або за допомогою розширення суб'єктів процесу ОЗ, або за допомогою адаптування функцій первинної ланки СОЗ до проблем забезпечення необхідної профілактики захворюваності [5, с. 40].

Зазначимо, що системи перехідного типу варто забезпечити й реалізувати такий важливий принцип, як здійснення впливу населення на прийняття управлінських рішень щодо СОЗ, що є особливо важливим для децентралізації первинних ланок СОЗ до рівня місцевого самоврядування. Існуючі на сьогодні організаційно-правові форми здійснення такого впливу потребують подальшого розроблення та вдосконалення. Незважаючи на той факт, що характеристики СОЗ здійснюють формування, виходячи з існуючих універсальних закономірностей, існують й актуальні тенденції, котрі є властивими для більшості сучасних країн. Зазначимо що оскільки основну увагу під час проведення більшості реформ в сфері СОЗ у 80-90-х рр. ХХ ст. приділяли стримуванню витрат та скасуванню державного регулювання, вказані тенденції лише посилювалися. Країни з високим рівнем доходів могли собі дозволити здійснювати заходи щодо регулювання, аби пом'якшити деякі негативні наслідки таких тенденцій. Ті ж країни, де існує обмеженість потенціалу процесу контролю погіршувалися внаслідок недофінансування, та мали більш руйнівні наслідки [9; 11].

Витрати на ОЗ вважаються ключовим показником соціального розвитку, оскільки відображає ступінь уваги, котру приділяє держава та суспільство здоров'ю громадян. Рівень національних витрат на ОЗ – є відносною величиною, розрахування котрої відбувається у вигляді загального обсягу державних та приватних витрат на ОЗ протягом календарного року, включаючи державні бюджети всіх рівнів, кошти фондів медичного страхування, зовнішніх запозичень, грантів й пожертвувань міжнародних установ та неурядових організацій. Рівень витрат на ОЗ знаходить вираження у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП).

Система ОЗ формується і регулюється за допомогою відповідних механізмів державного управління. За умов соціальної відповідальності системи державного управління головна мета механізму управління СОЗ – оптимізація основних параметрів керованого об'єкта, представлених показниками здоров'я населення та тривалості життя, котрі визначають результативність вказаного механізму.

Відповідно до здійсненого аналізу, можемо стверджувати, що найкращі показники демонструє Норвегія та Швеція, а серед країн ЄС – Англія та Німеччина. Дуже низькі показники у країнах Африки. Місце нашої держави у вказаному рейтингу варто оцінювати в порівнянні з колишніми пострадянськими країнами: поступається Молдові, перебуває на одному рівні Білоруссю. Треба також відмітити, що країни колишнього СРСР мають значно гірші показники навіть від тих країн ЄС, котрі за рейтингом перебувають нижче у списку країн-членів ЄС, зокрема: Болгарія, Румунія, Угорщина.

На думку Т. Камінської, СОЗ різних країнах мають істотні відмінності одна від одної внаслідок домінування тих або інших принципів надання медичної допомоги, ролі держави та характеру функцій, котрі виконуються державними інститутами й структурами вказаних систем [5, с. 42].

На сьогодні загальноприйнято виділяти чотири основні джерела фінансування ОЗ представлені:

- надходженнями від загального оподаткування;
- внесками до системи обов'язкового медичного страхування;

- внесками до системи добровільного медичного страхування;
- безпосередніми розрахунками пацієнтів з використанням готівки [13].

Аналіз основних характеристик способів фінансування різних СОЗ показав, що основні джерела фінансування, представлені загальним оподаткуванням чи системою обов'язкового медичного страхування, формують сталу передумову для рівноправності. Чим чіткішою є робота механізму перерозподілу фінансових коштів між матеріально забезпеченими класами суспільства та соціально незахищених гру населення, тим більшою є рівноправність [16, р. 122].

Існуючі форми страхування, котрі ґрунтуються на принципах еквівалентності страхового відшкодування (сума нарахованої премії є у прямій залежності від обсягів наданих послуг) чи системи оплати готівкою (аби не користуватися листом очікувань чи оплачувати послуги, котрі не входять до загальноприйнятого переліку послуг, запропонованих СОЗ), можуть призвести до появи ще більшої нерівноправності, оскільки вказані форми змушують соціально незахищені категорії населення з обмеженими фінансовими можливостями нести непропорційно великі витрати [4; 10].

Однак фінансування всіх СОЗ забезпечується як мінімум за рахунок співвідношення цих двох форм страхування, а конкретність вирішення питання щодо рівноправності залежить від позиції установ, котрі визначають вказане співвідношення. Наприклад, О. Кукиш наголошує, що в Швейцарії (1996 р.) і Франції (2000 р.) прийнято законодавство, котрим передбачено універсальне страхування, й практично схожа ситуація спостерігається в більшості західноєвропейських країнах [7, с. 39]. Фінансові кошти надходять із державних чи запропонованих у законодавчому порядку приватних джерел фінансування, причому значна частка цих коштів це суми, що формуються в результаті здійснення передоплати та формування пулу ресурсів щодо всього діапазону розмірів доходів та рівнів ризику.

Країни Центрально-Східної Європи та колишнього СРСР в сфері фінансування та загальної доступності також дотримуються принципів солідарності [10, с. 322]. У деяких із цих країн, на думку



І. Мартусенко, Т. Сіташа, все одно існують труднощі щодо фінансової стійкості, зумовлені спадом економічної активності в 90-х рр. XX ст. й обмеженими технічними можливостями щодо збору необхідних коштів та впровадження нових механізмів страхування, що призвели до суттєвого скорочення якості й доступності медичного обслуговування [10, с. 223]. В деяких країнах (Грузія, Молдова) система оплати готівкою перетворилася на домінуюче джерело надходження коштів й становить від 50 до 80 % від загальної суми внесків здійснюваних на ОЗ [1, с. 25]. Тобто, починаючи з 1990-х рр. більшість країн, котрі переживали перехідний період у власному розвитку, призвели до того, що система фінансування СОЗ перетворилася на менш справедливу.

Наголосимо, що для більшості країн, що розвиваються та з економікою перехідного періоду важливими складовими фінансової політики є необхідність:

- забезпечити координацію всіх джерел фінансування, котре ґрунтуватиметься на загальній політичній основі;
- сформуванню пулу фінансових коштів та розподілити відповідальність за надання медичних послуг мінімізувавши СОЗ, котрі пов'язані з конкретними ланками в структурі адміністративних органів влади;
- вирішувати питання, котрі стосуються доступності медичного обслуговування та фінансової захищеності незахищених верств населення шляхом проведення чіткої політики, котра буде підкріплена певними матеріальними стимулами [3]

Для більш забезпечених в матеріальному відношенні країн Західної Європи необхідність у вказаних перетвореннях не є такою нагальною. Однак, в тій чи іншій мірі всі країни здійснюють реформування власних систем. Багато з цих реформ (особливо коли СОЗ фінансуються за рахунок внесків до фондів обов'язкового медичного страхування) орієнтуються на використання елементів конкуренції під час процесів формування грошових коштів, що не завдає шкоди вже досягнутим рівням рівноправності.

Варто ще раз наголосити, що практично всі СОЗ представлені складними змішаними системами фінансування й надання ме-

дичної допомоги, тому їх можемо класифікувати беручи до уваги особливості їхнього фінансування та надання медичної допомоги.

Розглянемо більш докладно основні моделі ОЗ, які використовуються на сьогодні в більшості зарубіжних держав. Під час обов'язкового страхування та інтеграції між страховиками й виробниками, держава здійснює забезпечення фінансування СОЗ за рахунок бюджетних коштів. Вказана схема повністю відповідає колишній державній системі ОЗ СРСР, колишній (до введення внутрішнього ринку) системі Англії й діє в ряді інших держав [2]. Іншими словами, необхідні засоби передаються відповідним фінансовим органам (чи державним страховикам), котрим належить на правах власності медична установа, тобто в схемі використовують інтеграцію організації, що фінансує, та виробника медичних послуг.

Модель обов'язкового медичного страхування – є моделлю регульованої конкуренції, котру було розроблено в Нідерландах наприкінці 80-х рр. ХХ ст. й по сьогодні вона практично повністю не реалізована. Вказану модель впроваджували Нідерланди, Росія, Ізраїль, Чехія. Внески (пропорційно прибуткам) на обов'язкове медичне страхування акумулювалися в центральному фонді, завдання котрого – перерозподілити зібрані кошти. Конкуруючі страхові компанії страхують громадян, які обрали саме їх, й на всіх застрахованих отримують із центрального фонду асигнування, котрі залежать від прогнозованих витрат на медичну допомогу застрахованим, які розраховуються за допомогою формул на одну особу. Те, що модель передбачає конкуренцію серед страховиків, надає можливість забезпечувати необхідний захист інтересів застрахованих та ефективно використовувати наявні й необхідні ресурси ОЗ щодо економічно мотивованих страховиків (що було неможливим за наявності схеми з одним страховиком внаслідок можливої відсутності мотивації щодо залучення клієнтів).

Модель обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг, державна страхова організація здійснює забезпечення збору внесків (пропорційних прибуткам) на обов'язкове медичне страхування та здійснює відшкодування

пацієнтам їхніх витрат на медичну допомогу. Наприклад, у Франції, де функціонує вказана модель, пацієнти вільні обирати лікарів та медичні установи, оплачувати отримані послуги, а державна страхова організація відшкодуватиме їм 75-80 % витрачених коштів (тобто обмежує переспоживання з боку пацієнта) [15]. При наявності конкуренції виробників (в першу чергу лікарів) існування однієї державної страхової медичної компанії – це економічно доцільно, однак, відсутнє обмеження попиту, котрий стимулюють лікарі.

Під час використання моделі обов'язкового страхування із незалежними виробниками медичних послуг, лікарі та медичні установи є відокремленими від покупця медичних послуг (страховиків, органів, котрі фінансово утримують) та працюють з ними за відповідними договорами. Вказана модель може функціонувати й в державній СОЗ, й в системі з обов'язковим медичним страхуванням. Необхідна передумова ефективного функціонування моделі – це наявність конкуренції серед виробників медичних послуг, як мінімум первинної ланки (ефективніше буде, якщо вони будуть приватними підприємцями) і адекватний розмір коштів, що спрямовуються в ОЗ із громадських джерел (не менше 6% ВВП). Така модель обов'язкового медичного страхування діє у Англії, де в 90-х роках розпочалася реформа, що передбачала формування внутрішнього ринку. Державні госпіталі перетворилися в некомерційні лікарняні трасти, сімейні лікарі стали фондодержателями, а в якості покупців медичних послуг виступали органи управління ОЗ [18, р. 58].

Модель обов'язкового медичного страхування з конкуренцією страховиків та виробників, котрі працюють відповідно до контракту – представлена оплатою внесків (у відповідності до прибутків) на обов'язкове медичне страхування населенням страховику, котрого обирають вони самі. Страховик, маючи договір із медичними установами, здійснює забезпечення застрахованій особі безкоштовної (чи з невеликими платежами) медичної допомоги. Вказана модель обов'язкового медичного страхування діє в Німеччині, де обов'язкове медичне страхування здійснюють за сі-

мейним принципом, коли працівник страхує себе та непрацюючих членів своєї сім'ї в професійній (якщо вона є) чи регіональній лікарняній касі (некомерційні організації функціонують за рахунок самофінансування та самоврядних страхових медичних організацій). Кожна лікарняна каса має договори зі всіма медичними установами території і розраховується з ними за єдиними на території тарифами [17, р. 11-12].

Модель приватного медичного страхування із відшкодуванням вартості медичних послуг, за якої пацієнти здійснюють оплату медичних послуг самостійно, але їхня вартість (здебільшого, певна частина вартості), відшкодовується страховою компанією. Вказана модель є характерною для приватного медичного страхування в США. Аби запобігти переспоживанню медичної допомоги з боку споживача, страховики досить широко використовують співстрахування (коли частину страхового внеску сплачує роботодавець, а частину – сам застрахований) і франшизу (коли пацієнт самостійно сплачує медичну допомогу до деякої встановленої суми, вище котрої відшкодування виплачуються страховиком). Страхові внески в даній моделі залежать від індивідуальних ризиків (чи ризиків малої групи). Застраховані особи мають повну свободу щодо вибору лікаря чи медичного закладу (в межах встановленого переліку послуг, котрі входять до страхового плану). Страхова компанія не має жодних договорів з виробниками (лікарями, лікарнями), оплачуючи їхні послуги за гонорарним принципом.

Модель приватного медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками медичних послуг і модель приватного медичного страхування з незалежними виробниками медичних послуг: основними характеристиками моделей є особливості вказані під час розгляду аналогічних моделей обов'язкового медичного страхування, однак на відміну від них, моделі приватного медичного страхування не здійснюють забезпечення соціальної справедливості під час формування коштів, страхові внески здійснюються добровільно й і залежать від можливих індивідуальних ризиків. У таблиці сформульовані основні переваги та недоліки вище зазначених моделей (табл. 1).

Таблиця 1

**Моделі охорони здоров'я, що використовуються  
в зарубіжних країнах [6]**

| <b>Переваги</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Недоліки</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Модель обов'язкового медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками медичних послуг</p>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>1. Відсутність відбору ризиків;<br/>2. Наявність низьких адміністративних витрат, можливостей обмежувати попит, котрий стимулюють виробники медичних послуг.</p>                                                                              | <p>1. Існують стимули надмірного споживання медичних послуг у окремих пацієнтів;<br/>2. Обмеженість вибору та доступності до медичної допомоги;<br/>3. Відсутність необхідних стимулів щодо ефективного витрачання існуючих фінансових коштів медичними установами.</p> |
| <p>Модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції</p>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>1. Відсутність відбору можливих ризиків;<br/>2. Наявність вільного вибору та рівного доступу до отримання необхідної медичної допомоги;<br/>3. Створення умов для ефективного витрачання існуючих фінансових коштів медичними установами.</p> | <p>1. Існують стимули щодо надмірного споживання медичних послуг у деяких пацієнтів.</p>                                                                                                                                                                                |
| <p>Модель обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг</p>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>1. Відсутність відбору можливих ризиків;<br/>2. Існування низьких адміністративних витрат, при відсутності стимулів щодо надмірного споживання медичних послуг певною категорією пацієнтів.</p>                                               | <p>1. Неможливість обмежити рівень попиту, стимульованого виробниками медичних послуг.</p>                                                                                                                                                                              |

| Модель обов'язкового медичного страхування з незалежними виробниками медичних послуг                                                                                                                                     |                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Відсутність відбору існуючих ризиків, вільного вибору та рівного доступу до отримання необхідної медичної допомоги;<br>2. Створення належних умов щодо ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами. | 1. Існування стимулів щодо надмірного споживання медичних послуг у певній категорії пацієнтів. |

**Висновки.** Існуючі, на сьогодні, проблеми в сфері ОЗ населення є одними із найактуальніших та гостріших проблем людства й перебувають в полі зору більшості сучасних наук. Поліпшення рівня та стану здоров'я населення – є показником розвитку суспільства. Зважаючи на той факт, що медичні заклади мають величезне значення, вони, однак, не становлять єдиний сектор, котрий здійснює вплив на рівень добробуту населення, оскільки інші наявні сектори також здійснюють великий вплив на здоров'я населення та мають нести відповідальність за нього. Стан здоров'я населення – це один із показників якості життя, рівня соціального, економічного розвитку суспільства. Здоров'я належить до числа основних та незмінних соціальних цінностей. Його недоліки чи відсутність не можуть повністю компенсуватися жодними іншими цінностями чи благами. Здоров'я – це умова та передумова благополуччя й належної якості життя, еталон, мірило ступеня просування до зменшення рівня бідності, зміцнення соціальної згуртованості й ліквідації будь-яких проявів дискримінації.

Розглянувши міжнародний досвід щодо фінансування реформ у сфері ОЗ, можемо стверджувати, що на сьогодні в світі існують чотири загальноприйняті джерела фінансування ОЗ, представлені, по-перше, надходженнями від загального оподаткування, по-друге, внесками в систему обов'язкового медичного страхування, по-третє, внесками в систему добровільного медичного страхування, по-четверте, безпосередніми розрахунками пацієнтів за допомогою

готівки. Однак, здійснення фінансування всіх СОЗ забезпечується за допомогою співвідношення двох форм страхування, а конкретне вирішення питання щодо рівноправності залежить від офіційної позиції установи, котра визначає оптимальне співвідношення. Витрати на ОЗ в більшості зарубіжних країна вважається одним із ключових показників існуючого рівня соціального розвитку, оскільки є своєрідним відображенням ступеня уваги, котру приділяє держава та суспільство здоров'ю власних громадян. Саме тому, рівень національних витрат на ОЗ – це відносна величина, котра розраховується у вигляді загального обсягу державних та приватних витрат на ОЗ протягом встановленого календарного року й включаючи державні бюджети всіх рівнів, кошти фондів медичного страхування, зовнішніх запозичень, грантів й пожертвувань від міжнародних установ, неурядових організацій тощо.

**Стаття надійшла до редакції: 11.06.19**

## **INTERNATIONAL EXPERIENCE OF FINANCING REFORMS IN HEALTH**

*Victoria Andriyash*, Doctor of Science in Public Administration, Associate Professor of the Department of Public Administration and Administration Institute of Public Administration Black Sea National University of Petro Mohyla Mykolaiv, Ukraine

*Oksana Malikina*, Senior Lecturer in the Department of Public Administration and administration Institute of Public Administration Black Sea National University of Petro Mohyla Mykolaiv, Ukraine

*Elena Polyakova*, Master of Public Administration Institute of Public Administration Black Sea National University of Petro Mohyla Mykolaiv, Ukraine

~~~~~  
*Ukraine's integration into the European Union requires reform of the socio-cultural sectors, as well as healthcare. This is due to the*

*inconsistency of the level of health services with the requirements that apply to them in the context of the functioning of the European healthcare system. Due to lack of budget financing, public medicine in Ukraine is not able to perform its functions qualitatively, and therefore the problems of finding additional sources of financial support for health care institutions are extremely relevant today.*

*The article examines the peculiarities of the international experience of financing health care reforms, as the health indicators of the citizens are a general characteristic of the level and quality of life, an index of the social, cultural and economic development of society as a whole. The level of national security of the state is directly related to health care reform.*

*It is emphasized that the health care costs of European countries are one of the key indicators of the level of social development and a reflection of the state and society's attention to the health of citizens.*

*It is determined that the level of national health care expenditures is a relative value calculated as the total amount of public and private health care expenditures during the calendar year.*

*The analysis shows that in foreign countries, national health care expenditures are also covered by external borrowings, grants and donations from international institutions and non-governmental organizations.*

*The main problems of financial support of the healthcare sector are considered and ways of their solution are given, taking into account the models of financing of this sphere in foreign countries. At the present stage of development of the Ukrainian health care system, state and local budgets remain the main source of financing, but they are not yet able to ensure its proper functioning, which requires urgent decision-making using existing best practices of foreign countries.*

**Keywords:** *health care, medicine, health care system, medical reforms.*

**Received: 11.06.19**



## References

1. Bendukidze, K., Reder, F. (Ed.). (2014), Reformy okhorony zdorovia v Respublitsi Hruzii: vid radianskoï ruiny do okhorony zdorovia na rynkovii osnovi [Healthcare Reforms in Georgia: From the Soviet Ruin to Market-Based Healthcare] K. : TOV «Ahrar Media Hrup» [in Ukrainian]
2. Vsi ofitsiini dokumenty z medychnoi reformy v Ukraini stanom na 01.07.2018. (2018) [All official documents on medical reform in Ukraine as of 01.07.2018]. Retrieved from <http://www.sunrisemy.com/vsi-oficijni-dokumenti-zmedychno%D1%97-reformi-v-ukra%D1%97ni-stanom-na-01-07-2018> [in Ukrainian]
3. Detsentralizatsiia vlyady. Reforma medytsyny (2018) [Decentralization of power. Reform of medicine]. Retrieved from <http://decentralization.gov.ua/reforms/item/id/6> [in Ukrainian]
4. Kaminska, T. M. (2012), Svitovi modeli finansuvannia okhorony zdorovia [World Health Financing Models], Visnyk Natsionalnoho universytetu «Iurydychna akademiia Ukrainy imeni Yaroslava Mudroho». Seriya: Ekonomichna teoriia ta pravo: zb. nauk. pr. / Natsionalnyi universytet «Iurydychna akademiia Ukrainy im. Yaroslava Mudroho», 1 (8). 284-285 [in Ukrainian]
5. Kaminska, T. M. (2015), Uroky zarubizhnykh krain dlia reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini [Lessons from foreign countries to reform health care in Ukraine], Ekonomichna teoriia ta pravo, 1. 38-50 [in Ukrainian]
6. Karpysyn, N.I. (2006), Finansove zabezpechennia okhorony zdorovia v realizatsii derzhavnykh funktsii na rynku medychnykh posluh : avtoref. dys... kand. ekon. nauk: 08.04.01 [Financial support for health care in the exercise of state functions in the market of medical services: abstract. dissertation ... Cand. econom. Sciences: 08.04.01] Ternop. derzh. ekon. un-t. 21 [in Ukrainian]
7. Kykush, O. (2012), Umovy reformuvannia rynku medychnykh posluh [Conditions for reforming the medical services market]. Halyskyi ekonomichnyi visnyk, # 1 (34). 38-42 [in Ukrainian]
8. Lekhan V. M., Slabkyi E. O., (Ed.). (2011), Okhorona zdorovia Ukrainy: problemy ta napriamky rozvytku [Health care in Ukraine: problems and directions for development], Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, 4. 5-19 [in Ukrainian]
9. Malets, K. M. & Honchar, M. F. (2012), Vykorystannia marketynhovykh instrumentiv u sferi medytsyny v Ukraini [Use of marketing tools in the field of medicine in Ukraine] Marketynh ta lohistyka v systemi menedzhmentu: tezy

dopovidei IX Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii (Lviv, 8-10 lystopada 2012 r.). (pp. 265-266) Lviv : Vydavnytstvo Lvivskoi politekhniki [in Ukrainian]

10. Martusenko, I. V. & Sitash, T. D. (2013) Transformatsiia finansuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini ta zarubizhnykh krain [Transformation of financing of health care system in Ukraine and foreign countries]. *Problemy ekonomiky*, 1. 321-325 [in Ukrainian]

11. Makhnusha, S. M. & Shevchenko, Yu. (2013) Marketynhova systema okhorony zdorovia u suchasnykh sotsialno-ekonomichnykh umovakh [Healthcare marketing system in today's socio-economic context] *Ekonomichni problemy staloho rozvytku: materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii, prysviachenoj pamiaty prof. Balatskoho O. F. (m. Sumy, 24-26 kvitnia 2013 r.): u 4 t. / Za zah. red. O. V. Prokopenko.* (pp. 86-87). Sumy: Sumskyi derzhavnyi universytet [in Ukrainian]

12. Pak, S. Ya. (2013) Vnutrishnoorhanizatsiina struktura derzhavnoho upravlinnia okhoronoiu zdorovia na rehionalnomu ta mistsevomu rivni v Ukraini: suchasnyi stan ta perspektyvy [Internal organizational structure of public health management at regional and local level in Ukraine: current state and perspectives]. Retrieved from <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf> [in Ukrainian]

13. Reforma pervynnoi lanky okhorony zdorovia: shcho dumaiut medychni pratsivnyky? [Primary healthcare reform: what do healthcare professionals think?] (n.d.). [ier.com.ua](http://www.ier.com.ua/files/Public_events/2019/RFR_Healthcare/Betliy_healthcare_ref_pp.pdf) Retrieved from [http://www.ier.com.ua/files/Public\\_events/2019/RFR\\_Healthcare/Betliy\\_healthcare\\_ref\\_pp.pdf](http://www.ier.com.ua/files/Public_events/2019/RFR_Healthcare/Betliy_healthcare_ref_pp.pdf) [in Ukrainian]

14. Slabkyi, H. O. Petrychenko, O. O., Lupei-Tkach, S. I. (2013) Deiakie aspekty formuvannia ta tendentsii rozvytku medyko-orhanizatsiinykh tekhnolohii na suchasnomu etapi reformuvannia systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Some aspects of formation and tendency of development of medical and organizational technologies at the present stage of reforming of the health care system of Ukraine] *Ukraina. Zdorovia natsii*. 1(25), 79-84 [in Ukrainian]

15. Finansirovanie sistem zdavoohraneniya: put k vseobschemu ohvatu naseleniya mediko-sanitarnoy pomoschyu. Doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v mire (2010) Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. Retrieved from <http://www.wlio.int/wlir/2010/ru/index.html> [in Russian]

16. Macroeconomics and Health: Innovations in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health (2011). Geneva: WHO, 212 [in English].

17. The European Health Report (2014). WHO regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series. Copenhagen, 97. 10-22 [in English].

18. The World health report (2014). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 212 [in English].

### **Відомості про автора / Information about the Authors**

**Андріяш Вікторія Іванівна:** Інститут державного управління, Чорноморський національний університет імені Петра Могили вул. 68 десантників 10, Миколаїв, 54003, Україна.

**Victoria Andriyash:** Institute of Public Administration Black Sea National University of Petro Mohyla: 68 Desantnykiv str. 10, Mykolaiv, 54003, Ukraine.

**ORCID. ORG/ 0000-0001-5294-7456**

**E-mail: andriyash\_v2017@ukr.net**

**Малікіна Оксана Анатоліївна:** Інститут державного управління, Чорноморський національний університет імені Петра Могили вул. 68 десантників 10, Миколаїв, 54003, Україна.

**Malikina Oksana:** Institute of Public Administration Black Sea National University of Petro Mohyla: 68 Desantnykiv str. 10, Mykolaiv, 54003, Ukraine.

**ORCID.ORG/ 0000-0002-3377-3443**

**E-mail: oks\_i\_mal@ukr.net**

**Полякова Олена Анатоліївна:** АТ «Київський вітамінний завод», вул. Кропильська 38, Київ, 02000, Україна.

**Elena Polyakova:** AP «Kyiv Vitamin Plant», 38 Kropylyivska Street, Kyiv, 02000, Ukraine

**ORCID. ORG/ 0000-0002-6396-3299**

**E-mail: polyakova.69@ukr.net**