

Л. А. Ляховченко,  
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
Національна академія державного управління при  
Президентіві України  
О. В. Поживілова,  
кандидат педагогічних наук, заступник начальника відділу  
медичних і аграрних наук ВАК України  
Я. Ф. Радиш,  
доктор наук з державного управління, професор, професор  
кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
Національна академія державного управління при  
Президентіві України

## ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

*У статті розглянуто основні завдання та функції системи фінансування охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу. На основі проведеного аналізу сучасного стану фінансування здравоохоронної галузі в європейських країнах виявлено низку проблем, що дасть можливість використати отриманий досвід у процесі реформування системи охорони здоров'я України.*

*The article reviews the main tasks and functions of financing health care system in the European Union. Based on the analysis of financing health care system in European countries revealed some problems that will be able to use the experience gained in the reform of Ukraine's health care system.*

*Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, фінансування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, Європейський Союз.*

*Key words: public administration, health care system, financing, mandatory health insurance, voluntary medical insurance, the European Union.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Системи охорони здоров'я в країнах Європейського союзу (далі — ЄС) виконують важливу функцію соціального захисту. Вони знижують як ризики, пов'язані зі станом здоров'я, так і фінансові ризики, вносячи при цьому вагомий внесок у соціальний та економічний добробут своєї країни.

В умовах фінансово-економічної кризи основними завданнями, що поставили не тільки перед державами-членами ЄС, але і перед Україною, є необхідність забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, не наражаючи при

цьому на небезпеку загальні цінності країн ЄС; повне охоплення населення медичним обслуговуванням; солідарність у фінансуванні та рівність доступу до медичної допомоги, високу якість медичного обслуговування. Саме тому вивчення досвіду європейських країн щодо фінансування системи охорони здоров'я може сприяти виробленню шляхів реформування у здравоохоронній галузі України.

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Сутність та підходи до різних варіантів фінансування системи охоро-

ни здоров'я в країнах ЄС досліджували О.В. Виноградов [1], В. Єрмілов [5], Е. Ковжарова [6], А. Козеркевич [7], Н.О. Рингач [1], І.М. Солоненко та Н.Д. Солоненко [11] та інші [4; 12; 13; 14].

Метою дослідження є аналіз особливостей функцій фінансування охорони здоров'я в країнах ЄС та на цій основі виявлення шляхів використання зарубіжного досвіду у процесі реформування національної системи охорони здоров'я.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Як відомо, країни Європейського Союзу, як і всі країни світу, намагаються проводити ефективну політику щодо фінансування системи охорони здоров'я. Однак макроекономічні, демографічні та фінансові чинники обмежують можливість урядів щодо збільшення обсягів державного фінансування на потреби системи охорони здоров'я. Це спонукає країни до розгляду можливостей реформування механізмів фінансування своїх систем охорони здоров'я.

Однозначної відповіді на питання про те, як варто фінансувати системи охорони здоров'я, не існує. В першу чергу, це пов'язано з тим, що кожна країна ЄС має свою індивідуальну систему фінансування охорони здоров'я, яка розвивалася впродовж певного періоду часу з урахуванням культурних та історичних факторів. Так, у деяких країнах (наприклад, Німеччина) обговорення питання реформування системи фінансування охорони здоров'я стосується більшою мірою внесення тільки незначних змін. Однак у країнах, що знаходяться на перехідному етапі свого розвитку, системи фінансування охорони здоров'я можуть розглядатися в більш вузькому сенсі — як набір технічних схем без врахування культурних чи історичних факторів [18].

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі — ВООЗ) рекомендує кожній країні мати конкретні підходи до формування державної політики щодо фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням власних національних умов і особливостей. Але базовий підхід, за рекомендацією ВООЗ, повинен базуватися на трьох основних елементах (рис. 1) [9].

Розглядаючи завдання політики фінансування системи охорони здоров'я, слід зазначити, що саме вони вказують країні напрям реформування галузі та є критеріями, за допомогою яких проводиться оцінка впливу реформи на систему фінансування охорони здоров'я. Другим основним елементом є концептуальна основа для проведення аналізу організаційної структури національ-

них систем фінансування охорони здоров'я. Він використовується для опису функцій і принципів, що стосуються всіх систем фінансування охорони здоров'я, незалежно від моделі. Використання концептуальної основи необхідне для проведення аналізу відповідності існуючих умов для здійснення конкретних реформ у конкретній країні. Окрім того, вона є тією вихідною точкою, з якої починається реформування фінансування системи охорони здоров'я.

Що ж стосується третього елемента аналізу — фінансових умов, — то вони сигналізують про фінансові труднощі, що обмежують можливість досягнення певною країною завдань політики фінансування здоровоохоронної галузі.

Отже, вищезазначені елементи політики фінансування дають можливість провести аналіз реальних ситуацій, які можуть мати місце під час реформування системи охорони здоров'я [9].

Аналіз літературних джерел свідчить, що фінансове забезпечення системи охорони здоров'я в різних країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. Базуючись на цьому, виділяють наступні базові моделі фінансування охорони здоров'я: державна, бюджетно-страхова [12].

Державна модель (у Західній Європі її називають моделлю Беверіджа, а в країнах колишнього Радянського Союзу — моделлю Семашко) здійснює переважно (до 90 %) фінансування системи охорони здоров'я за рахунок державного та місцевого бюджетів. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого набору медичних послуг). Таким чином, держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги. Ринку медичних послуг тут відведена другорядна роль. Ця модель з 1948 р. існує у Великобританії, вона характерна також для Ірландії (1971 р.), Данії (1973 р.), Португалії (1979 р.), Італії (1980 р.) та Іспанії (1986 р.) [3; 12].

Бюджетно-страхова (концепція Бісмарка) модель фінансування системи охорони здоров'я базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвинутою системою державного регулювання, соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для усіх верств населення. Вона характеризується, у першу чергу, наявністю обов'язкового медичного страхування (далі — ОМС) всього або майже всього населення країни за певної участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава тут відіграє роль гаранта в задоволенні суспіль-

но необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи при цьому ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень, забезпечуючи свободу вибору і суверенітет споживачів. Найбільш яскраво дана модель характерна для Німеччини, Франції, Нідерландів, Австрії, Бельгії [3; 12].

Отже, як бачимо, одна модель системи охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до бюджету, а інша — за рахунок фондів ОМС. Проте ця класифікація вносить певну плутанину, оскільки метод збору доходів змішується із історично встановленою моделлю купівлі і надання медичної допомоги.

Тому, розглядаючи надходження фінансових ресурсів та їх об'єднання, закупівлю медичних послуг з їх наданням як самостійних функцій (рис. 2), ми можемо проаналізувати вплив на них процесу формування різних джерел фінансування систем охорони здоров'я [16, с. 26].

Вищенаведена схема відображає всі види функцій та принципи фінансування системи охорони здоров'я. Це дає нам можливість порівняти функції одночасно за декількома параметрами.

По-перше, ця схема може бути використана для опису системи фінансування охорони здоров'я в будь-якій країні, незалежно від того, до якої моделі фінансування вона відноситься. Адже фінансування системи охорони здоров'я включає в себе три функції: збір фінансових ресурсів, їх об'єднання та закупівлю медичних послуг.

По-друге, врахування кожної функції та сфери діяльності полег-



Рис. 1. Основні елементи аналізу політики фінансування системи охорони здоров'я

шує аналіз реформ фінансування системи охорони здоров'я, оскільки реформи можуть стосуватися тільки окремих функцій, а не процесу фінансування в цілому. Наприклад, проведене у Нідерландах реформування медичного страхування порушило рівновагу між двома механізмами державного фінансування (а) від цільових відрахувань соціального страхування залежно від розміру заробітної плати; б) фіксованих страхових внесків), але не змінили при цьому організаційну структуру, яка відповідає за збір та об'єднання фінансових ресурсів. Окрім того, відбулися зміни і у порядку закупівлі медичних послуг: державні фонди медичного страхування та приватні страхові компанії, які раніше функціонували в різних сферах системи охорони здоров'я, тепер стали конкурентами.

По-третє, така схема в цілому полегшує оцінку системи фінансування, у якій мають бути виявлені ще не враховані аспекти. Наприклад, внески приватного медичного страхування не є провідним механізмом фінансування ні в одній із країн Європейського Союзу, тому вони і не мають особливого значення у процесі збору фінансових ресурсів. Однак, у деяких країнах приватне медичне страхування суттєво впливає

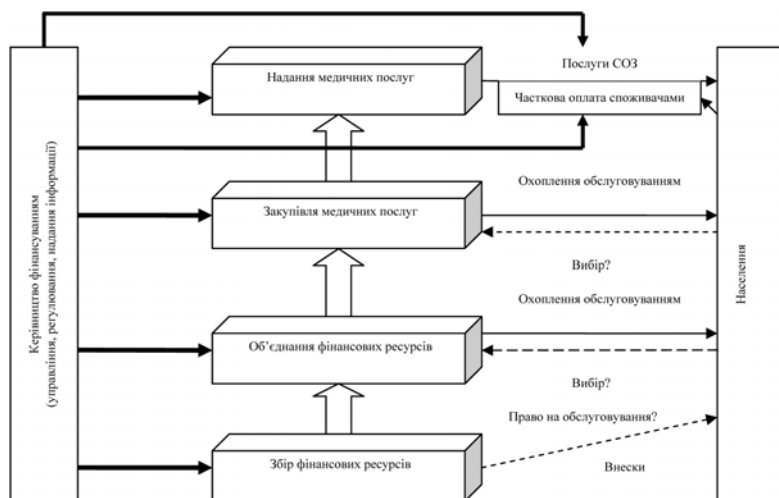
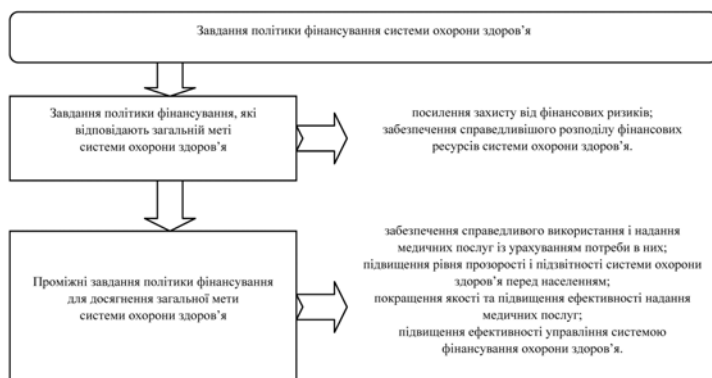


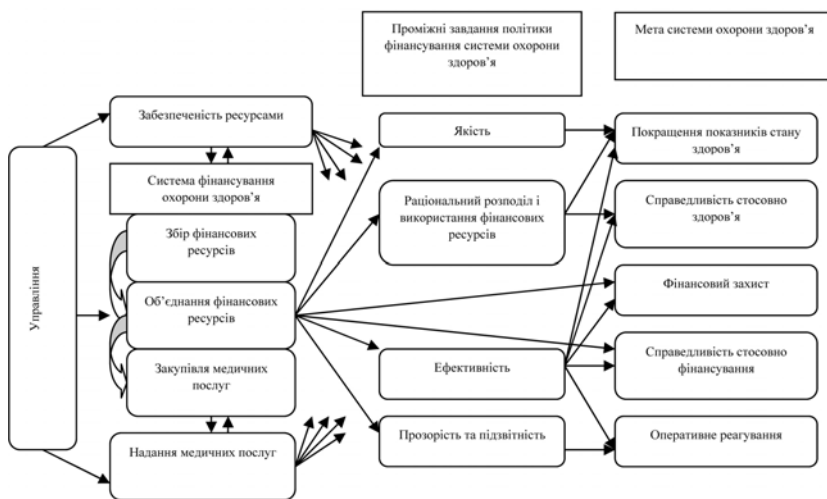
Рис. 2. Функції фінансування системи охорони здоров'я

**Таблиця 1. Джерела фінансування системи охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, 2008 рік**

Країни ЄС	Бюджетне фінансування, %	ОМС, %	ДМС, %	Прямі платежі населення, %	Інше, %	ВВП, %
Австрія	29,7	46,0	8,2	15,8	0,3	10,0
Бельгія	6,4	64,5	3,5	24,2	1,4	9,6
Болгарія	26,8	30,7	0,2	41,6	0,7	8,3
Угорщина	10,3	62,4	0,9	25,4	1,0	7,0
Німеччина	10,5	66,7	9,1	13,7	-	10,6
Греція	22,6	28,7	2,2	46,5	-	7,7
Данія	82,3	-	1,6	14,4	1,7	9,0
Ірландія	79,9	0,7	6,4	13,0	-	7,3
Іспанія	65,2	5,0	4,7	23,7	1,4	7,5
Італія	75,7	0,1	0,9	20,3	3,0	8,8
Кіпр	43,5	-	4,3	51,6	0,6	6,0
Латвія	9,2	43,4	0,8	46,6	-	7,1
Литва	9,2	58,1	0,4	32,2	0,1	6,0
Люксембург	17,6	73,3	1,6	6,4	1,1	8,1
Мальта	78,1	-	2,2	19,2	0,5	9,6
Нідерланди	2,8	62,8	20,1	8,0	6,3	8,9
Польща	12,9	56,9	0,7	29,5	-	6,0
Португалія	71,9	0,8	3,8	22,3	1,2	10,2
Румунія	13,3	62,0	4,5	19,9	0,3	5,1
Словаччина	7,5	65,0	-	20,2	7,3	7,1
Словенія	6,5	68,8	12,7	9,7	2,3	8,7
Сполучене Королівство	87,1	-	1,0	11,9	-	8,4
Фінляндія	61,1	16,6	2,3	18,0	2,0	7,5
Франція	3,4	75,7	12,8	7,4	0,7	10,5
Чехія	8,3	80,8	0,2	10,4	0,3	7,0
Швеція	84,9	-	0,3	13,9	0,9	9,0
Естонія	6,0	70,9	0,1	20,7	2,3	5,0



**Рис. 3. Завдання політики фінансування системи охорони здоров'я**



**Рис. 4. Взаємозв'язок системи фінансування охорони здоров'я з іншими функціями, завданнями політики та метою системи охорони здоров'я**

на процес об'єднання фінансових ресурсів і закупівлю медичних послуг, а також на вирішення питань, пов'язаних із набором медичних послуг та їх частковою оплатою, що може мати важливі наслідки для цілей політики фінансування системи охорони здоров'я [16, с. 25—28].

Аналіз наукових праць зарубіжних дослідників дає можливість стверджувати, що політика фінансування системи охорони здоров'я має на меті вирішення низки завдань, які, залежно від мети, можна поділити на загальні та проміжні (рис. 3) [9].

Слід зазначити, що на проміжні завдання та кінцеві результати фінансування галузі впливають не тільки система охорони здоров'я, але й скоординована політика та її реалізація з урахуванням всіх галузевих функцій здоровеоохоронної системи. На рис. 4 показано зв'язок між місією системи охорони здоров'я, її фінансуванням та іншими функціями галузі [16].

Розглядаючи механізми збору фінансових ресурсів системи охорони здоров'я у країнах ЄС, слід зазначити, що вони поділяються на дві категорії: державні та приватні. Державні механізми збору 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 безкоштовної медичної допомоги.

З іншого боку, приватні механізми збору коштів, як правило, працюють на добровільній основі. Одні із них засновані на попередній оплаті (добровільне медичне страхування), інші ж — на оплаті в момент отримання медичної послуги (прямі платежі населення).

Аналіз літературних джерел свідчить, що всі країни ЄС використовують декілька механізмів фінансування системи охорони здоров'я (табл. 1) [16; 17].

Показники, що наведені у табл. 1, дають можливість зробити висновок про те, що в країнах ЄС загальний рівень витрат на функціонування діяльності системи охорони здоров'я від ВВП значно вищий, ніж в Україні. Так, для порівняння можемо розглянути Україну (≈ 3% від ВВП) та Австрію (≈ 10% від ВВП), Бельгію (≈ 9,6% від ВВП), Німеччину (≈ 10,6% від ВВП), Португалію (≈ 10,2% від ВВП) [17].

У залежності від джерел фінансування системи охорони здоров'я всі країни ЄС можна умовно поділити на три групи. Так, найбільша група об'єднує країни, фінансування системи охорони здоров'я яких відбувається, головним чином, за рахунок ОМС (Австрія (46,0% від загального розміру фінансування системи

охорони здоров'я), Бельгія (64,5%), Угорщина (62,4%), Німеччина (66,7%), Литва (58,1%), Люксембург (73,7%), Нідерланди (62,8%), Польща (56,9%), Румунія (62,0%), Словаччина (65,0%), Словенія (68,8%), Франція (75,7%), Чехія (80,8%) та Естонія (70,9%) (рис. 5) [16].

До другої групи відносять країни, у яких фінансування системи охорони здоров'я у переважній більшості відбувається за рахунок державного та місцевого бюджетів (Данія (82,3%), Ірландія (79,9%), Іспанія (65,2%), Італія (75,7%), Мальта (78,1%), Португалія (71,9%), Сполучене Королівство (87,1%), Фінляндія (61,1%) та Швеція (84,9%) (рис. 6) [16].

Що ж стосується третьої групи країн, то їх можна об'єднати за механізмом фінансування, в якому переважають добровільне медичне страхування та офіційні платежі населення за отримані медичні послуги. Такими країнами є Болгарія (41,8%), Греція (48,7%), Кіпр (55,9%), та Латвія (47,4%) (рис. 7) [16].

Аналізуючи механізм фінансування системи охорони здоров'я за рахунок оподаткування, слід відмітити, що, як правило, податки утримуються з фізичних осіб, організацій чи фірм (прямі податки) або ж із укладених угод та отриманого прибутку (непрямі податки). Слід зазначити, що деякі види прибутку можуть бути звільнені від оподаткування (наприклад, доходи із особистих збережень, які відкладені на медичні потреби). У той же час окремі види витрат можуть підлягати оподаткуванню (наприклад, плата за медичні послуги із власних коштів пацієнта або премії добровільного медичного страхування (далі — АМС) [15].

Що ж стосується збору податків, то в країнах ЄС це питання знаходиться в компетенції національних, регіональних або місцевих органів влади. У тих випадках, коли повноваження щодо збору податків передано до органів нижчого рівня, може існувати особливий механізм географічного перерозподілу коштів. Делегування повноважень щодо збору доходів, як правило, відбувається паралельно із делегуванням відповідальності за купівлю та надання медичних послуг. Із місцевих податків фінансується значна частина витрат на функціонування діяльності системи охорони здоров'я в таких країнах, як Болгарія, Данія, Італія, Норвегія, Фінляндія, Швеція [19].

З метою зниження навантаження на бюджетне фінансування значна частина країн ЄС використовує ОМС, розміри внесків до якого не пов'язані з іншими обов'язковими податками чи зборами. Теоретично розмір внесків може відрізнятися залежно від рівня доходів страху-

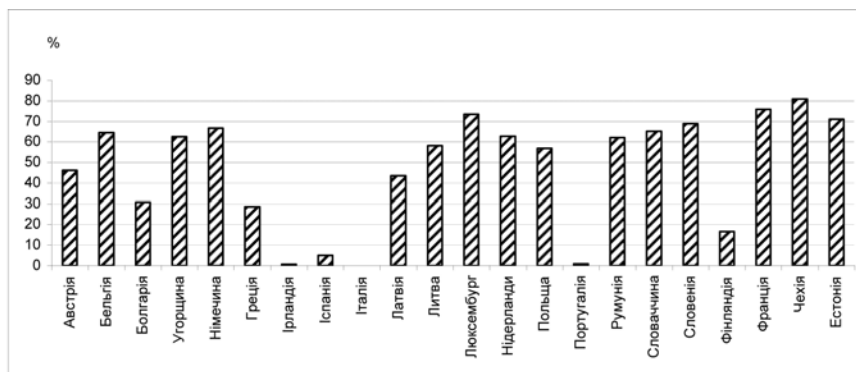


Рис. 5. Розмір фінансування системи охорони здоров'я за рахунок обов'язкового медичного страхування в країнах Європейського Союзу, 2008 рік

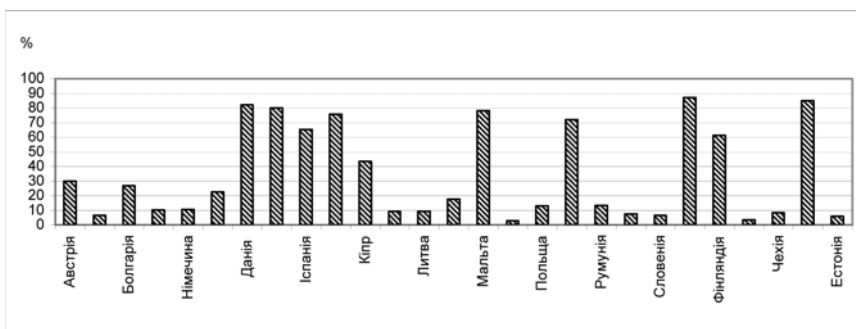


Рис. 6. Розмір бюджетного фінансування системи охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, 2008 рік

вальника чи застрахованої особи, однак у практичній діяльності цього не відбувається. Наприклад, в одних країнах (Нідерланди) прийнято однаковий розмір внесків, у той час коли у інших країнах (Німеччина) їх розмір може бути різним залежно від фонду, який збирає ці внески [7]. В Австрії ж внески коливаються в залежності від типу зайнятості населення. Слід також відмітити, що розміри внесків до ОМС може визначити та затверджувати уряд країни (Франція, Нідерланди), асоціація страхових фондів (Люксембург) чи окремі фонди (Німеччина). Окрім того, може існувати верхня та нижня шкала доходів, з перевищенням

якого внески не стягуються (Австрія, Німеччина, Люксембург) [13].

Як свідчить світова практика, частину внесків у фонд ОМС сплачує роботодавець, іншу — найманий працівник. У різних країнах частка сплати внеску до ОМС роботодавцем та найманим працівником може значно відрізнятися. Так, наприклад, у Франції до фонду соціального страхування відраховують 13,55% від загальної суми заробітної плати працівника (12,80% відраховує здійснюється за рахунок коштів роботодавця, 0,75% — за рахунок коштів працівника). Приблизно таке ж саме співвідношення і в Угорщині — роботодавці відраховують 11% від до-

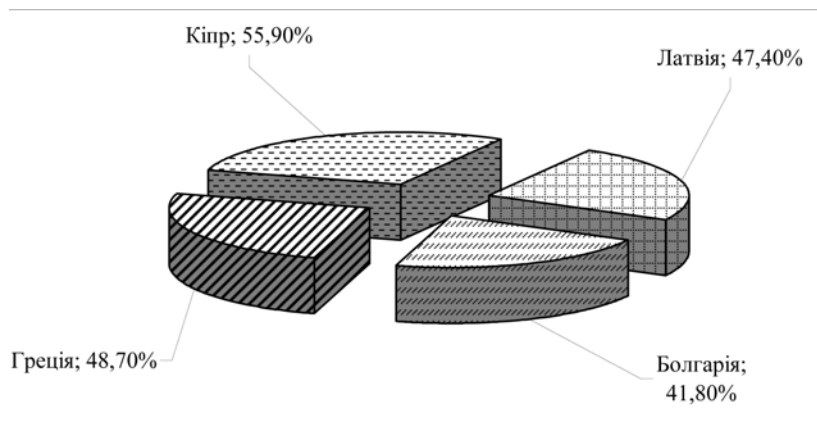
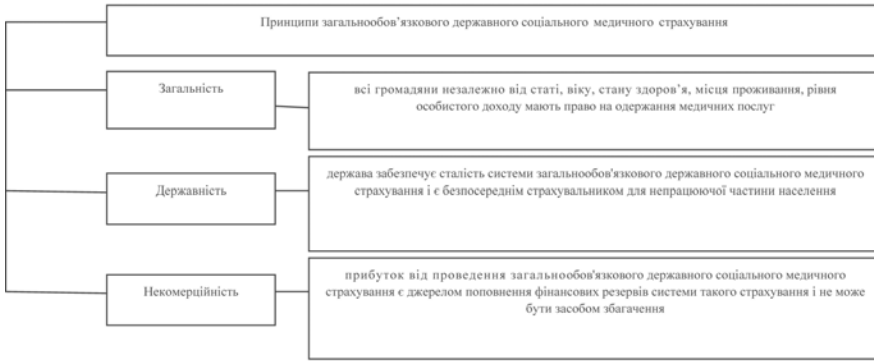


Рис. 7. Країни ЄС, у яких механізм фінансування системи охорони здоров'я відбувається переважно за рахунок добровільного медичного страхування та платежів населення за медичні послуги, 2008 рік



**Рис. 8. Принципи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в зарубіжних країнах**

ходу, працівники — 3 % [5].

У більшості зарубіжних країн загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування базується на принципах загальності, державності, некомерційності (рис. 8) [8].

Слід зазначити, що для тих осіб, які не беруть участі в ОМС, існує можливість здійснювати ДМС. У більшості країн ЄС видатки із фонду ДМС становлять менше 10 % загальних витрат на функціонування системи охорони здоров'я, за винятком Нідерландів (20,1 %), Франції (12,8 %) та Словенії (12,7 %). Що ж стосується Болгарії, Угорщини, Греції, Данії, Італії, Латвії, Литви, Люксембургу, Мальти, Польщі, Фінляндії, Чехії, Швеції та Естонії, то в цих країнах внески ДМС становлять значно менше 3 % від загальної суми витрат на охорону здоров'я [2].

Разом із тим, ДМС має важливе значення з політичної точки зору, особливо у поєднанні із ОМС та державним регулюванням. Науковці стверджують, що ДМС може повністю або частково покривати витрати на медичні послуги, які не фінансуються або не повною мірою фінансуються державною системою

охорони здоров'я [4].

У більшості європейських країн від пацієнта вимагають, щоб він особисто відшкодував частину витрат на своє лікування. Це зумовлено можливістю зменшення рівня надмірного використання медичних послуг та необхідністю підвищення рівня додаткових надходжень. Так, наприклад, у Великій Британії 13 % населення користуються приватним добровільним медичним страхуванням. Пацієнти платять лише 10 % вартості медичних послуг. Приватні страхові компанії доповнюють державну систему охорони здоров'я та страхують тільки ті ризики, які не бере на себе Національна служба охорони здоров'я. Враховуючи високий рівень розвитку Національної служби охорони здоров'я, сфера діяльності приватного медичного страхування достатньо обмежена [10].

Однак, у Європі є й інші приклади. Так, у Франції у страхових компаніях сьогодні застраховано майже 12 % населення. Приватна страхова компанія оплачує госпітальні затрати та рахунки пацієнта за прийомом лікарем. Перелік додаткових послуг може змінюватися та є предметом

конкуренції між приватними страховими компаніями [1].

Аналізуючи функціонування ДМС у зарубіжних країнах, слід зазначити, що даний вид страхування має певні недоліки: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страховальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порямок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця [15].

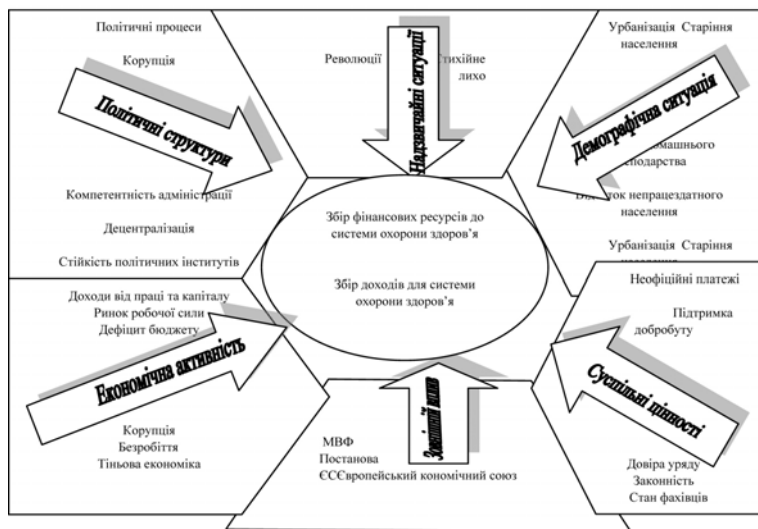
Авторами виявлено, що в Західній Європі існує практика прямих платежів населення за медичні послуги (в усіх країнах, окрім Франції та Словаччини). Для 18 країн ЄС це другий за значенням механізм фінансування галузі. Однак у всіх країнах ЄС, за винятком Болгарії, Греції, Кіпру та Латвії, на ці платежі припадає менше третини загальних витрат на функціонування системи охорони здоров'я. З 1996 р. частка прямих платежів населення в загальних витратах на фінансування системи охорони здоров'я збільшилася в 15 країнах ЄС. Так, у Бельгії, Болгарії, Угорщині, Греції, Латвії, Литві, Словаччині та Естонії частка прямих платежів населення за медичні послуги зросла приблизно на 5 % у 2008 р. порівняно із 1996 р. А в таких країнах, як Кіпр, Мальта, Румунія, даний показник зменшився більше ніж на 5 % [10].

Досвід Німеччини показує, що приблизно 12 % фінансування системи охорони здоров'я здійснюється прямими платежами з боку пацієнтів, у той же час у Франції — 13 % за рахунок співоплати з боку пацієнта. [10].

У Фінляндії також існує додаткове фінансування системи охорони здоров'я за рахунок співоплати з боку пацієнтів та становить близько 23 % загальної суми фінансування. В основному співплата пов'язана з відшкодуваннями витрат на період хвороби, але заклади охорони здоров'я також можуть вимагати співоплату за стаціонарні та амбулаторні послуги. Законодавством Фінляндії передбачено, що рівень співоплати не повинен виходити за встановлені межі, але за останні роки частка співоплати в загальному обсязі фінансування системи охорони здоров'я постійно збільшується [16].

Розглянувши моделі та джерела фінансування системи охорони здоров'я ЄС, не можна не зупинитися і на впровадженні цих методів у практичну діяльність.

Аналіз наукових праць зарубіжних авторів дає нам право констатувати, що політика фінансування будь-якої країни, у тому числі і України, швидше досягне поставленої мети в тому випадку, коли органи, що відповідатимуть за її впровад-



**Рис. 9. Зовнішні фактори, які впливають на збір фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я**

ження, будуть використовувати фактичні дані, відповідні знання, а також реальний практичний досвід [6; 19].

Нами виявлено, що на збір фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я та їх розмір впливають різні зовнішні фактори: політичні структури, економічна активність, демографічна ситуація, зовнішній вплив, прийняті суспільні цінності тощо (рис. 9) [16].

Так, політичні та економічні зміни, що відбулися в країнах ЄС, зумовили і прискорили запровадження там ОМС. У той же час такі фактори, як соціальна солідарність та зовнішній вплив, спрямований на стримання державних витрат, зумовлюють неоднозначне ставлення до збору з користувачів Західної Європи. При зіставленні альтернативних методів фінансування системи охорони здоров'я слід обов'язково враховувати не тільки справедливість доступу до медичних послуг, але й теоретично очікуваний економічний ефект [16].

## ВИСНОВКИ

1. Виявлено, що фінансування системи охорони здоров'я у країнах ЄС відбувається за рахунок різних джерел фінансування: податкові платежі, ОМС, ДМС офіційні та неофіційні платежі населення за отримані медичні послуги. У переважній більшості європейських країн переважають бюджетне фінансування та ОМС, у той час як ДМС є тільки додатковим і незначним джерелом фінансування галузі.

2. Встановлено, що характерне для більшості європейських країн багатоканальне фінансування ускладнює проведення порівняльної оцінки діяльності системи охорони здоров'я щодо виявлення оптимального його варіанта. Однак, з точки зору справедливого доступу та економічності, системи державного фінансування мають певні переваги (безкоштовне обслуговування при наданні невідкладної медичної допомоги, зменшення фінансових ризиків, контроль над витратами). Що ж стосується ДМС та офіційних платежів населення за медичні послуги, то існує взаємозв'язок між доступом до медичної допомоги та платоспроможністю пацієнта, однак контроль над витратами послаблений.

3. Доведено, що успіх політики фінансування системи охорони здоров'я залежить від зваженої порівняльної оцінки переваг та недоліків кожного із методів фінансування, а також чіткого знання середовища, в якому повинна функціонувати розроблена система.

4. Обґрунтовано, що фінансування охорони здоров'я в Європі відрізняється величезною різноманітністю. На сьогодні в класичному

варіанті створені лише три вихідних типи систем охорони здоров'я: державна або система Бевериджа; система всеохоплюючого страхування здоров'я або система Отто Бісмарка; ринкова або приватна система охорони здоров'я. Однак ні в одній країні Європи жодна з названих систем не існує в чистому вигляді.

5. На переконання авторів, неможливе і пряме впровадження зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я в національну здоровоохоронну сферу без належної його адаптації до конкретних умов України.

## Література:

1. Виноградов О. В., Рингач Н. О. Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej6/txts/07vvurz.htm>

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. — Дания, 2010. — 218 с.

3. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / За заг. ред. В.Черненко та В.Рудого. — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.

4. Ееро Ліннакко. Критичний аналіз напрямків фінансування та продуктивності у сфері охорони здоров'я країн ЄС / Е. Ліннакко [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/analis\\_u.htm](http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/analis_u.htm)

5. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи / В. Єрмілов // Соціальне страхування. — 2008. — № 1. — С. 18 — 21.

6. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні: Матеріали наук.-практ. семінару 11-12 берез. 2002 р. / За заг. ред. В.І.Лугового, В.М.Князева. — К.: Вид-во УАДУ, 2002. — С. 65 — 77.

7. Козеркевич Адам. Охорона здоров'я як частина системи громадського захисту в європейських країнах / А. Козеркевич // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res\\_3u.htm](http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_3u.htm)

8. 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. — К., 2010. — № 3 (березень). — С. 93—97.

9. Политика финансирования

здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения / Joseph Kutzin // Всемирная организация здравоохранения. — Дания, 2008. — 32 с.

10. Проект "Оцінювання політики платежів пацієнтів та її впливу на економічну ефективність, рівність/справедливість та якість послуг у Центральній та Східній Європі", координований Маастрихтським університетом та фінансований Єврокомісією у травні-червні 2009 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://healthcare-management.com.ua/2009/11/27/no-free-lunch/#comments>

11. Солоненко І.М., Солоненко Н.Д. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І.М. Солоненко, Н.Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 34—38.

12. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи. Аналіз сучасних стратегій: пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.

13. Фидлер Армин. Опыт реформ здравоохранения — дальнейшие проблемы в Европейском регионе / А. Фидлер // Презентация для Летней школы. — Москва, 2004. — 27 с.

14. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина // Европейская обсерватория по системам здравоохранения. — Бакинхем: издательство Open University Press, 2002. — 354 с.

15. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы — четвертая публикации серии, издаваемой Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (ЕОСЗ). — 2005. — 18 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.observatory.dk>

16. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos // Европейская Обсерватория по вопросам и политике здравоохранения. — Дания, 2010. — выпуск 17. — 270 с.

17. Финансирование системы здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Всемирная организация здравоохранения. — Дания, 2010. — 115 с.

18. 10 вопросов о здравоохранении в странах новых соседях ЕС / The world factbook. — Washington, DC, Central Intelligence Agency, 2005. — 304 с.

19. Joseph Kutzin. Health financing policy: a guide for decision-makers. // Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, World Health Organization. — 2008. — p. 6—13.

Стаття надійшла до редакції 14.02.2011 р.