

УДК 330

Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України

Бурбела А.Л.

аспірант

Міжрегіональної Академії управління персоналом

Стаття присвячена дослідженню досвіду країн, в яких система фінансування галузі охорони здоров'я пройшла реформування. Для дослідження були вибрані країни пострадянського простору з однаковими вихідними умовами. Інформація, отримана в нашому дослідженні, може бути врахована під час побудови кращої моделі реформування фінансування охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: реформування охорони здоров'я, медичні послуги, державне фінансування, медичне страхування, соціальне страхування.

Бурбела А.Л. РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОСТСОВЕТСКИХ СТРАНАХ: УРОКИ ДЛЯ УКРАИНЫ

Статья посвящена исследованию опыта стран, в которых система финансирования отрасли здравоохранения прошла реформирование. Для исследования были выбраны страны постсоветского пространства с одинаковыми исходными условиями. Информация, полученная в нашем исследовании, может быть учтена во время построения лучшей модели реформирования финансирования здравоохранения в Украине.

Ключевые слова: реформирование здравоохранения, медицинские услуги, государственное финансирование, медицинское страхование, социальное страхование.

Burbela A.L. REFORM OF FINANCING HEALTH IN THE POST-SOVIET COUNTRIES: LESSONS FOR UKRAINE

The article is devoted to study of experience of countries in which the system of funding for the health sector was reformed. For research were selected post-Soviet countries with the same initial conditions. Information obtained in this study can be considered for creating the best model for the reform of health care financing in Ukraine.

Keywords: health reform, health services, public financing, health insurance, social insurance.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Реформа охорони здоров'я, яку проводить та чи інша цивілізована країна, передбачає насамперед поліпшення стану здоров'я членів суспільства, підвищення ефективності системи охорони здоров'я та більшу доступність людей до медичних послуг. У 2010 році кожний третій опитаний українець був незадоволений низькою кваліфікацією лікаря та близько 70% опитуваного населення погоджувалось з необхідністю реформувати галузь охорони здоров'я [7]. Згідно з даними дослідження 2015 року тільки 10% респондентів оцінили якість медичної допомоги в Україні як добру – це найнижчий рейтинг у Європі [6].

Вирішити кризову ситуацію в системі фінансування галузі охорони здоров'я можна шляхом поступового її реформування. У кінці 2015 року була представлена фінальна версія Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015–2020 роки, у якій був заявлений відхід від фінансування державою закладів охорони здоров'я за моделлю Семашко (ліжка-місце).

Для уникнення помилок під час впровадження реформ фінансування системи охорони здоров'я необхідно взяти до уваги досвід країн пострадянського простору з таким ж самими вихідними умовами, як в Україні, та врахувати як їхні позитивні зміни, так і недоліки. Витягуючи такі потрібні уроки з досвіду реформування сектору охорони здоров'я, Україна може побудувати власну ефективну модель, яка забезпечить справедливість і рівність у доступності якісної медичної допомоги для всіх верств населення. Специфічне поєднання механізмів, що застосовували різні країни для успішного вирішення цих проблем, відрізняються один від одного. Це відбулося внаслідок істотних розбіжностей основних (особливо економічних) контекстуальних факторів у цих країнах в постперехідний період. Отже, єдиної стратегії реформ, яка підходила б для всіх країн, не існує [11]. На цьому наголошують зарубіжні та вітчизняні науковці. Оскільки в Україні реформа відбувається під час політично-економічної кризи, потрібний комп-

лексний підхід до вирішення цієї проблеми з урахуванням всіх її особливостей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що серед вітчизняних науковців досить мало інформації про дослідження досвіду реформування галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах. Більшість науковців звертає увагу на європейський та американський досвід у фінансуванні системи охорони здоров'я, зокрема, слід назвати таких вчених, як М. Карі, У. Маттіла, Е. Ліннакко, В. Рудий, І. Солоненко, Н. Солоненко. На досвід фінансування охорони здоров'я і запровадження медичного страхування в країнах центральної і східної Європи звернули увагу В. Лехан, А. Гук, В. Галайда. Водночас досвід таких країн, як Республіка Молдова, Білорусь, Вірменія, Грузія, Киргизстан, Казахстан, Таджикистан, залишається поза увагою українських дослідників. Порівняльний аналіз деяких країн пострадянського простору був проведений О. Виноградовим.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Однак у наукових роботах не було проведено аналітичного дослідження по країнах, які мають спільні риси з Україною, а саме реформування та децентралізація фінансування в галузі охорони здоров'я, як і не були досліджені проблеми, які виникли під час реформування, що й підкреслює актуальність цієї теми дослідження.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є проведення дослідження реформування фінансування галузі охорони здоров'я в країнах з однаковими вихідними умовами і отримання досвіду для побудови кращої моделі реформування охорони здоров'я в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. До країн пострадянського простору належать Україна, Росія, Білорусь, Молдова, Латвія, Литва, Естонія, Грузія, Азербайджан,

Вірменія, Казахстан, Узбекистан, Киргизстан, Туркменістан, Таджикистан. Усі ці країни взяли курс переходу до ринкової економіки. Під час таких еволюційних перетворень всі галузі економіки зазнали реформування (зокрема, система охорони здоров'я).

Естонія. Реорганізація організації та фінансування галузі охорони здоров'я в Естонії розпочалася в 1990 році в двох напрямках:

1) децентралізація управління системою охорони здоров'я;

2) перехід до фінансування через соціальне медичне страхування.

Усі інші зміни (збільшення частки генериків у структурі споживання лікарських засобів, введення інституту лікарів сімейної практики в систему первинної медичної допомоги, скорочення кількості лікарняних ліжок тощо) також зіграли свою роль.

У 1990 році в Естонії було знову проведено часткову централізацію, функції округів обмежено, а загальне планування перейшло під контроль Міністерства соціального забезпечення (Sotsiaalministeerium).

Процеси децентралізації адміністративної системи проводилися шляхом розподілу країни на 15 округів з покладанням відповідальності за планування медичного обслуговування на муніципалітети. Ці заходи привели до підвищення вартості медичних послуг.

У 2001 році на зміну центральному й регіональним державним фондам медичного страхування прийшов Естонський фонд медичного страхування (Eesti Haigekassa, далі – ЕФМС) з декількома філіями, утвореними шляхом злиття регіональних фондів.

Таким чином, протягом 16 років Естонія впровадила обов'язкове медичне страхування, підвищила якість медичних послуг і поліпшила соціально-демографічні характеристики, такі як тривалість життя й дитяча смертність. Однак за значного масштабу

Таблиця 1

Загальні витрати у відсотках до ВВП, державні та приватні витрати на охорону здоров'я у відсотках до загальних витрат на охорону здоров'я в окремих країнах з перехідною економікою (2012 рік)

Країна	Загальні витрати на охорону здоров'я, % до ВВП	Приватні витрати на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я	Державні витрати на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я
Естонія	5,94	20,08	79,92
Молдова	11,72	45,54	45,34
Казахстан	4,20	42,20	57,80
Грузія	9,20	82,00	18,00

Джерело: побудовано автором на основі [10]

впровадження системи соціального страхування посилилася гострота фінансових проблем [1].

З 2001 року 99% коштів ФМС Естонії формувалися за рахунок цільового «соціального податку» [11]. Після об'єднання внесків у страховий і пенсійний фонди в загальний соціальний податок (13 і 20% відповідно; зараз він становить 33% трудового доходу) був гранично посилений контроль за його збором з боку податкового відомства [1]. Проте останніми роками в країні збільшилася кількість осіб, прирівняних до застрахованих, гроші за які в ЕФМС не надходять, це особи, за яких внески платить держава (приблизно 3% застрахованого населення), та особи, за яких внески не сплачуються, переважно діти і пенсіонери (приблизно 48% застрахованих осіб). Частка застрахованого працюючого населення, яка сплачує внески, становить приблизно 49% від усіх застрахованих ФМС.

У ситуації, коли менше половини застрахованого населення оплачує 97% витрат на надання медичних послуг усім застрахованим, досить складно очікувати, що система охорони здоров'я виправдає покладені на неї суспільством надії [11].

Незважаючи на певні успіхи в реорганізації галузі охорони здоров'я, проблем у секторі охорони здоров'я Естонії чимало. Слід назвати такі проблеми, як відчутна нерівність у стані здоров'я різних соціальних груп, низький рівень професійної підготовки, недостатня забезпеченість медичним персоналом, довгі черги на госпіталізацію у лікарнях [1]. Досвід Естонії наочно демонструє деякі ризики недостатньої диверсифікації державних джерел фінансування [11].

Республіка Молдова. За радянських часів система охорони здоров'я Молдови будувалася на принципах моделі Семашко. На момент отримання незалежності у Молдови були безліч об'єктів охорони здоров'я і численні медичні кадри, але не було достатньо коштів для підтримання їх діяльності. Незважаючи на деякі скорочення в системі охорони здоров'я, у 1997 році мережа медичних установ в Молдові була однією з найбільш розгалужених, а забезпеченість медичними кадрами – однією з найвищих як серед західноєвропейських країн, так і на пострадянському просторі.

Фінансова криза 1998 року призвела до масштабної консолідації системи охорони здоров'я Молдови, яка супроводжувалася скороченням ліжкового фонду лікарень, рівня

активності та чисельності персоналу. Крім того, через фінансову кризу введення ОМС було відкладено. Однак з того часу були створені і необхідна нормативно-правова база, і управлінський потенціал, а після успішної реалізації пілотного проекту щодо запровадження ОМС у 2003 році ця система була розгорнута на всій території країни і діє з 1 січня 2004 року. Медицина в Молдові фінансується переважно з фондів обов'язкового медичного страхування. Кожен житель Молдови зобов'язаний брати участь у цій системі. З січня 2004 року у всій країні урядом був встановлений єдиний страховий тариф щомісячних внесків на ОМС в розмірі 4% (2% від фонду заробітної плати для роботодавців, 2% від своїх доходів для працівників), а з 2009 року – 7% (по 3,5%). За пенсіонерів, інвалідів, дітей віком до 18 років, безробітних, вагітних та інших груп населення відрахування у фонд робить держава, на що загалом спрямовується 12,1% усіх видатків держбюджету. Самозайняті (власники бізнесу, підприємці) сплачують внесок самостійно. Всі відрахування акумулюються на єдиному рахунку Національної медичної страхової компанії (НМСК). За рахунок цих коштів НМСК закуповує медичні послуги, укладаючи договори з різними медичними установами.

Децентралізація розпочалась у 1999 році, кожен регіон готує свій бюджет на охорону здоров'я і подає його на розгляд до Міністерства охорони здоров'я. В регіональному бюджеті вказується, скільки коштів необхідно для Забезпечення гарантованого мінімуму медичної допомоги районними установами охорони здоров'я. З 1999 року бюджет розраховують не за кількістю лікарняних ліжок, а на основі подушних нормативів з урахуванням вікового складу населення. Крім того, в процес децентралізації були приватизовані деякі медичні послуги або їх послуги почали надаватися в приватному порядку (аптеки, стоматологічні клініки тощо). Численні повноваження були передані місцевим органам державної влади, але правова природа цих зобов'язань досі чітко не визначена.

Бюджетні асигнування на розвиток сектору охорони здоров'я в період з 1992 по 2003 роки різко скоротилися. У 1994–1997 роках уряд Молдови виділяв на фінансування охорони здоров'я приблизно 6% ВВП, а загальні витрати на охорону здоров'я складали в той період близько 8,3%, у 1999 році, після фінансової кризи, державні витрати впали з 4,3 до 2,9% ВВП, а загальні витрати на охо-

рону здоров'я – з 7,1 до 5,6% ВВП. Та вже у 2004 році, за оцінками ВООЗ, державні витрати на охорону здоров'я становили 4,2% ВВП, а загальні витрати на охорону здоров'я – 7,4% ВВП, що приблизно відповідає середнім показниками по Європейському регіону ВООЗ. Порівняно з країнами СНД загальні витрати на охорону здоров'я як частка ВВП в Молдові є високими і ростуть швидше, ніж де б то не було в регіоні [10]. Станом на 2012 рік загальні витрати на охорону здоров'я до ВВП становили 11,72%, що робить Республіку Молдова лідером серед витрат [8].

Молдові вдалося уникнути помилок, допущених в ряді країн з перехідною економікою, які ввели у себе ОМС, схема якого передбачала, що внески за непрацююче населення повинні надходити з місцевих бюджетів, а розмір цих внесків не був чітко прописаний у законі. У Молдові з введенням системи ОМС була проведена децентралізація бюджету охорони здоров'я, і в 2005 році частка витрат центрального уряду в загальних витратах на охорону здоров'я склала 95%, а в 2006 році, за оцінками, – майже 100%. В законі про ОМС був також встановлений принцип еквівалентності платежів, що передбачає однаковий розмір внесків за різні категорії застрахованих; таким чином, розмір відрахувань в бюджет страхової компанії за непрацююче населення було ув'язано з розміром внесків працівників і роботодавців. Найважливішим фактором успіху системи ОМС в Молдові став чіткий взаємозв'язок між розміром страхових внесків за різні категорії застрахованої населення та середньою вартістю гарантованого мінімуму медичних послуг на душу населення. Згідно з поправками до Закону про ОМС 2003 року ставка податку з заробітної плати, що виплачується як внесок на ОМС за працююче населення, і подушний внесок за непрацююче і самозайняте населення повинні бути рівні між собою і відповідати середній вартості гарантованого ОМПОМС на душу населення. Цей механізм забезпечує чітку фінансову відповідальність уряду перед населенням, застрахованим державою, і передбачає щорічне збільшення фондів НМСК, що дає змогу покрити зростання вартості ОМПОМС. Введення цього механізму зіграло дуже позитивну роль з точки зору ув'язки гарантій безкоштовного медичного обслуговування з державним фінансуванням охорони здоров'я та забезпечення стабільності останнього [10].

Республіка Казахстан. Після проголошення країною незалежності в 1991 році в

системі охорони здоров'я була проведена децентралізація повноважень, що мала значні наслідки для фінансування охорони здоров'я і масштабів консолідації фінансових ресурсів охорони здоров'я. Децентралізація була проведена переважно шляхом приватизації і передачі адміністративних і фінансових повноважень з національного на обласний рівень, а іноді і на районний (між 2000 і 2003 роками). Відносини між національним і регіональним рівнями управління часто змінювалися з переміщенням повноважень то в один, то в інший бік. В системі охорони здоров'я приватизація носила більш обмежений характер і торкнулася переважно аптек і стоматологічних послуг. До 1997 року більше 90% аптек було приватизовано. У жовтні 1996 року 95,8% організацій фармацевтичного сектору перебували в приватних руках. До 2004 року бюджет деяких областей формувався централізовано на обласному рівні, тоді як у більшості областей процес формування бюджету проходив на районному рівні. У період між 2005 і 2009 роками, згідно з Бюджетним кодексом Республіки Казахстан, бюджети усіх областей формувалися на обласному рівні, а рішення про виділення бюджетних асигнувань приймалися обласними органами управління охороною здоров'я. У рамках адміністративних реформ і Державної програми реформування та розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан на 2005–2010 роки передбачалося посилення повноважень Міністерства охорони здоров'я РК, багато з яких були втрачені в 1990-х роках. У 2009 році Уряд РК наділив Міністерство більшою самостійністю з більшою централізацією функцій управління і фінансування. Ці заходи були прийняті у відповідь на ряд питань надзвичайних ситуацій (спалах ВІЛ / СНІДу в Південному Казахстані в 2006 році), які виявили певні складності в управлінні на регіональному рівні. Іншими основними причинами, що сприяли процесу централізації, стали значні регіональні відмінності в рівнях фінансування обласних систем охорони здоров'я, методи оплати медичних послуг та інфраструктури систем охорони здоров'я. В результаті було прийнято рішення про створення Єдиної Національної системи охорони здоров'я (ЄНСОЗ) з централізацією державного бюджету охорони здоров'я на національному рівні.

Також у 2000 році був затверджений перелік медичних послуг, що надаються населенню в державних організаціях безкоштовно. Однією з цілей Державної програми реформування

та розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан на 2005–2010 роки було введення ДОБМД (Державний обсяг безкоштовної медичної допомоги).

Ця програма формувалася на основі таких принципів: відповідність фінансовим можливостям держави, соціальна справедливість і доступність медичної допомоги, поділ відповідальності держави, роботодавця і самих громадян за збереження і зміцнення здоров'я.

Після децентралізації фінансування охорони здоров'я до районного рівня у 2000–2003 роках з 2004 року була введена нова система фінансування, що включала консолідацію ресурсів охорони здоров'я на обласному рівні, створення обласних департаментів охорони здоров'я з функціями єдиного платника медичних послуг та вдосконалення механізмів закупівлі медичних послуг за допомогою нових методів фінансування медичних організацій.

ДОБМД включає медичні послуги, які періодично переглядаються і затверджуються відповідними нормативними правовими актами, а також оплачуються з коштів республіканського бюджету.

Пакет послуг ДОБМД включає послуги швидкої медичної, амбулаторної та стаціонарної допомоги; його перегляд передбачається кожні два роки. Оплата пацієнтами послуг, що входять у ДОБМД, є незаконною, платними можуть бути тільки ті послуги, які не включені в ДОБМП. Медичні послуги, що не входять в ДОБМД, громадяни оплачують або з власних коштів, або за рахунок коштів роботодавця, або з інших джерел.

Одним із джерел фінансування охорони здоров'я є особисті платежі громадян. В даний час лікарні та інші організації охорони здоров'я мають право офіційно стягувати оплату за послуги, які не входять у ДОБМД. Оплата товарів та послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я, була легалізована в 1995 році. Обласні органи виконавчої влади мають право визначати розміри цих платежів, і багато з них склали преїскуранти на послуги, що не входять в ДОБМП. Такі преїскуранти передбачають повну оплату послуг, які не входять в перелік життєво важливих, таких як, наприклад, послуги косметичної хірургії і деякі стоматологічні послуги [12].

Грузія. Започаткована грузинами медична реформа відрізняється масштабністю і системністю. Коруптованість в галузі була однією з найвищих. Медичні послуги, як і в Україні,

були офіційно безкоштовними, а реально двічі оплачувались з кишень громадян, за рахунок податків і за рахунок додаткової «оплати за послуги» [4].

Реформа системи ОЗ в Грузії проходила у декілька етапів. Для того щоб якимось відреагувати на загальну нестачу бюджетних коштів і залучити додаткові ресурси до системи охорони здоров'я, уряд Грузії запровадив нову концепцію охорони здоров'я із співфінансуванням на основі моделі соціального страхування. Цей податковий тягар мав бути розподілений між роботодавцями та працівниками (3% + 1%). Брак коштів на соціальне страхування загалом мав покриватися за рахунок трансферу із загальних надходжень до державного бюджету. Муніципальні фонди охорони здоров'я мали додаткові надходження коштів з місцевих бюджетів.

Першим кроком з низки заходів з реформування системи фінансування медицини було скасування податку на соціальне страхування. Податок з заробітної плати покривав менше 5% усіх видатків на охорону здоров'я, яка переважно фінансувалася за рахунок приватних коштів з кишені пацієнтів. Високий рівень безробіття та низький рівень зарплат у поєднанні з низьким рівнем податків призводили до мізерних фінансових надходжень до системи, оскільки більшість населення, як і сама економіка країни, перебувала у тіньовому секторі. Ці фактори доповнювали корумпованість державного сектору та адміністративна неспроможність повноцінно поповнювати бюджет країни за рахунок податків. Уже за п'ять років після запровадження соціального податку на зарплату уряд зрозумів його неефективність.

У 2005 році урядові внески до системи страхової медицини було скасовано разом із більшістю податків із надмірного їх переліку у Податковому кодексі.

Сьогодні в Грузії є лише шість податків, що робить її четвертою в світі країною за найменшим рівнем податкового тягара.

Другим кроком була заміна субсидій, що обчислювалися на основі пропозиції послуг у системі медичної допомоги, на субсидії, які розраховувалися за оцінкою потреб, що дало змогу зменшити вартість страхування для уразливих груп населення.

По-третє, завдяки приватизації надання медичних послуг було передано приватному сектору економіки [2].

Приватизація галузі та поширення медичного страхування вбачається шляхом підви-

щення ефективності та професійного рівня галузі. Реформа під назвою «100 нових лікарень Грузії» передбачала створення мережі нових приватних клінік на заміну застарілої матеріально і морально пострадянської державної системи. З цією метою були розрахована необхідна кількість лікарень з ліжкомісцями для кожного регіону, оголошена приватизація надлишкових приміщень з умовою інвестування в створення нових клінік та лікарень. Вже в 2007 році програму підтримало декілька грузинських та закордонних компаній. Проте на шляху реформування стали внутрішньо- та зовнішньополітичні процеси в Грузії 2008 року. Першочергову оплату послуг з охорони здоров'я передбачає і програма соціального забезпечення. Держава стимулює страхування медицину, підтримуючи страхування деяких верств з бюджету [4].

З 2007 року до 2011 року залучення до страхової медицини за рахунок державного бюджету було розширено на мобільні всередині країни групи осіб: викладачів шкіл державної форми власності, поліцейських і солдатів.

Першого вересня 2012 року уряд здійснив ще одне розширення медичного страхування за рахунок коштів державного бюджету, охопивши додатково ще один мільйон громадян, а саме пенсіонерів, студентів вищих навчальних закладів, дітей віком до шести років, а також громадян до 18 років з обмеженими фізичними можливостями. Включно з тими категоріями населення, які вже були охоплені державним медичним страхуванням, загальна частка громадян Грузії, які були застраховані за кошти державного бюджету, становила 50% населення. Частка передплатених медичних послуг зросла з 5% до 45% [2].

З 2008 року громадяни Грузії, які живуть за межею бідності, отримують ваучери для придбання особистих програм медичного страхування. Завдяки цьому механізму як альтернативі до схеми державного страхування Грузія передає можливість приймати рішення в руки окремих споживачів і заохочує конкуренцію серед страховиків. Споживачі не ізольовані від коштів на медицину, а надавачі послуг змагаються за нижчу ціну і покращують якість, щоб привабити клієнтів.

Громадяни Грузії, які не живуть за межею бідності, повинні придбати медичне страхування добровільно або платити за медичні послуги з власної кишені. Дуже цільове і обмежене втручання з боку уряду в медичну галузь дало змогу грузинській системі охорони здоров'я менше постраждати від рин-

кових ефектів порівняно з розвиненими країнами Європи та США.

В Грузії запроваджено обов'язкове медичне страхування, фінансування медичної допомоги здійснюється єдиним фондом соціального страхування за рахунок державного бюджету (60%), яке надається у вигляді трансфертів та внесків роботодавців (40%). Медична допомога надається відповідно до державних програм державними закладами охорони здоров'я. Послуги, що не входять до державних програм, надаються за кошти населення. Недержавний сектор закладів охорони здоров'я не бере участі в реалізації державних програм і надає медичні послуги за кошти громадян. В країні, де проживає 4,3 млн. населення, рівні захворюваності та смертності залишаються високими, рівень народжуваності в останні роки знизився майже вдвічі. В країні різко виражений дефіцит фінансування на охорону здоров'я на тлі незадовільного економічного становища та низького рівня соціального захисту. В основі перспективи розвитку системи охорони здоров'я Грузії лежать підйом економіки держави та покращення соціального захисту населення. Також в Грузії створена така система охорони здоров'я, в якій практично не існує корупції. Ціни на фармацевтичні засоби впали на 30–40% [5].

Реформа була ефективною в частині зменшення витрат, особливо якщо порівняти із їх збільшенням у розвинутих країнах Європи та США. Загальні витрати у відсотку від ВВП збільшились лише із 8,5% у 2003 року до 9,9% у 2011 році. Ефекти рецесії можуть пояснити багато фактів із цього зростання, оскільки загальні витрати на медицину зросли із 9% ВВП у 2008 році до 10,2% ВВП у 2009 році. Після початкового підйому витрати загалом зменшились, повернувшись до рівня нижче 10% ВВП [2].

Висновки з цього дослідження. Отже, проведене дослідження доводить, що Україні потрібно взяти до уваги досвід країн пострадянського простору. Усі ці країн починали реформування фінансування галузі охорони здоров'я з впровадження обов'язкового медичного страхування, введення цільового податку (податку з заробітної плати) та децентралізації управління охороною здоров'я. Однак в більшості країн це не привело до швидких і позитивних змін, тому що в тих країнах, де економіка зростала і населення було офіційно працевлаштоване, збір податків не викликав таких труднощів, як в країнах,

де економіка була нестабільною, працівники були працевлаштовані в тіньовому секторі, що унеможливило збір цих податків. Крім того, виникали також проблеми з розподілом коштів, що говорить про недосконалість регулюючих органів. Оскільки сьогодні Україна переживає часи економічної нестабільності та геополітичної кризи, де більшість населення знаходиться на межі зuboжіння, потрібні добре продумані кроки для того, щоб забезпечити доступність медичної допомоги

для усіх верств населення. Тому доцільно було б створити модель, яка поєднувала б в собі частково бюджетну систему фінансування, медичне страхування та приватні медичні послуги.

Нині в країні не існує чіткого бачення, як вирішити проблеми реформування фінансування охорони здоров'я та забезпечити населення доступним медичним обслуговуванням, що говорить про актуальність подальших досліджень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: [навч. посібник] / О. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / [К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе]. – К.: ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2014. – 52 с.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/countries/ru>.
4. Порівняльна характеристика реформ України та Грузії, наслідки та результати / [В. Чала, Н. Дорошенко, Н. Філімонова] // Економічний простір: збірник наукових праць. – № 103. – Дніпропетровськ: ПДАБА, 2015. – С. 34–43.
5. Кринична І. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект / І. Кринична // Теорія та історія публічного управління. – 2015. – № 3 (17). – С. 19–26.
6. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України. – 2016. – Лютий.
7. Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки / [К. Руських, Є. Курагіна, В. Бальошенко] // Популярна економіка: моніторинг реформ. – 2012. – № 4. – 20 с.
8. Черешнюк Г. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. Черешнюк, Л. Черешнюк. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2014. – 144 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України (2014 рік) / за ред. О. Квіташвілі. – К.: ДУ «УІСД МОЗ України», 2015. – 460 с.
10. Moldova: Health system review / [R. Atun, E. Richardson, S. Shishkin, G. Kacevicius, M. Ciocanu, V. Sava, S. Ancker] // Health Systems in Transition. – 2008. – № 10(5). – P. 1–138.
11. Implementing health financing reform: Lesson from countries in transition / [ed. by J. Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab]. – WHO, 2010. – 425 p.
12. Kazakhstan: Health system review / [A. Katsaga, M. Kulzhanov, M. Karanikolos, B. Rechel] // Health Systems in Transition. – 2012. – № 14 (4). – P. 1–154.
13. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения / [S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos] // ВОЗ. – 2010. – Вып. 17. – 241 с.
14. Republic of Moldova: health system review / [G. Turcanu, S. Domente, M. Buga, E. Richardson] // Health Systems in Transition. – 2012. – № 14 (7). – P. 1–151.