

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

DOI: 10.25140/2410-9576-2020-2(21)-136-144

УДК 614.2:336

JEL Classification: I18

Н. В. Філіпова, к. е. н., доцент

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. Основна мета функціонування системи охорони здоров'я будь-якої країни – покращення стану здоров'я населення та тривалості життя. Вивчення досвіду розвинених країн дозволяє виробляти обґрунтовані пропозиції для удосконалення існуючої моделі охорони здоров'я в Україні.

Дослідження практичних аспектів функціонування охорони здоров'я, її фінансування та розвитку є пріоритетним напрямком.

Залишаються нерозкритими в повному обсязі питання адаптації досвіду розвинених країн в модель фінансування охорони здоров'я України з урахуванням соціально-економічного стану її розвитку.

Метою є аналіз існуючих світових моделей фінансування охорони здоров'я та країн-лідерів, а також визначення напрямів адаптації зарубіжного досвіду в українську модель фінансування охорони здоров'я.

Проведено аналіз трьох основних моделей системи охорони здоров'я у світі. Визначено переваги та недоліки по кожній з них, а також підходящі для України напрямки впровадження. Розглянуто досвід країн-лідерів по кожній з досліджених моделей – Великобританія, Німеччина, США.

Проведене дослідження дозволило отримати систематизовану інформацію по світовим моделям охорони здоров'я та визначити напрямки удосконалення для України (розвиток державних страхових програм, впровадження обов'язкового медичного страхування, підвищення рівня інновацій).

Ключові слова: модель; охорона здоров'я; фінансування; світовий досвід.

Актуальність теми дослідження. Світові системи охорони здоров'я мають спільну мету – підтримка та покращення стану здоров'я населення. Для досягнення такої мети в першу чергу необхідно виконання двох основних умов – доступність медичних послуг та якісне надання. В кожній країні система охорони здоров'я формувалась з урахуванням різних передумов. Дослідження особливостей функціонування системи охорони здоров'я сприяє розробці рішень щодо її вдосконалення та розвитку.

Постановка проблеми. Фінансування охорони здоров'я прямо впливає на рівень здоров'я населення. Навколо даного питання відбуваються постійні дискусії. Удосконалення та розвиток сфери охорони здоров'я залишається, а саме моделі фінансування та доступності медичних послуг, є пріоритетним напрямом для кожної країни.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналізу та оцінці функціонування світових моделей охорони здоров'я приділяється дуже багато уваги як зарубіжними так і вітчизняними науковцями, до таких відносять: Бондар А., Варнавського В., Васкес Х., Мелехин А., Оути Е., Пабст Б., Рикке В., Решота Н., Тошakov О., Paranicolas I., Nabicht T. Виокремлено основні характеристики для базових світових моделей, їх переваги та недоліки.

Виділення недосліджених частин загальної проблеми. Аналіз наукових праць показав, що залишаються нерозкритими повністю питання адаптації досвіду розвинених країн в модель фінансування охорони здоров'я України з урахуванням соціально-економічного стану її розвитку.

Постановка завдання. Метою даного дослідження є аналіз існуючих світових моделей фінансування охорони здоров'я та країн-лідерів по кожній системі, а також визначення напрямів адаптації зарубіжного досвіду в українську модель фінансування охорони здоров'я.

Викладення основного матеріалу. В світі не існує загальної моделі системи охорони здоров'я, проте можна виділити основні три:

- Державна модель (модель Беверіджа);
- Модель обов'язкового медичного страхування;
- Модель приватної медицини.

Модель Беверіджа отримала свою назву на честь британського економіста та суспільного діяча. В 40-х роках вона бере початок свого функціонування як результат проведених реформ, пов'язаних з соціальним захистом населення. Характерної особливістю моделі є відведенню

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

ключової ролі участі держави в фінансуванні системи охорони здоров'я. Дана модель була сформована зусиллями Британського міністра та значно спиралась на досвід Радянського союзу. Держава забезпечує оплату більше 70 % покриття витрат, також притаманна висока ступінь централізації. Приватному сектору лікарів виділена другорядна роль, а державні лікарняні заклади забезпечують надання більшості послуг [1]. Така система використовується в Великобританії, Ірландії, Данії, Італії, Греції, Португалії, Італії, Іспанії, Канаді. Система Беверіджа заснована на наступних принципах: централізоване планування, солідарність, професійний менеджмент, пряме оподаткування для фінансування, контроль якості, низькі адміністративні витрати, регіональне планування [2]. Медична допомога надається незалежно від матеріального становища та соціального статусу. Поширення трансфертних виплат лише тим категоріям людей, які не в змозі забезпечити себе. Відповідно до системи соціального страхування законодавством передбачено два типи виплат: за тимчасову непрацездатність та виплати для постраждалих на виробництві. Виплати для громадян, які отримали виробничу травму здійснюються з національного бюджету, роботодавець не залучається. В такому випадку страхова компанія не отримує прибутку, а застрахована особа не має права змінити страховальника. Кожен роботодавець повинен застрахувати свою відповідальність у страхової компанії, яка має відповідну ліцензію на проведення діяльності. Ведення бізнесу без наявності страховки є незаконною. Держава контролює діяльність страхової компанії лише у питанні її платоспроможності [3]. Варто зазначити, що страхові компанії зацікавлені в зменшенні виплат і мають право відмовити роботодавцю, який не поліпшує умови праці та не мінімізує ризики настання виробничої травми. На (Рис. 1) представлено взаємодію страхової компанії в системі соціального страхування.

Страхові компанії мають право користуватися страховими резервами, вони їх інвестують в фондові ринки, отримуючи до 10% річного доходу [4].

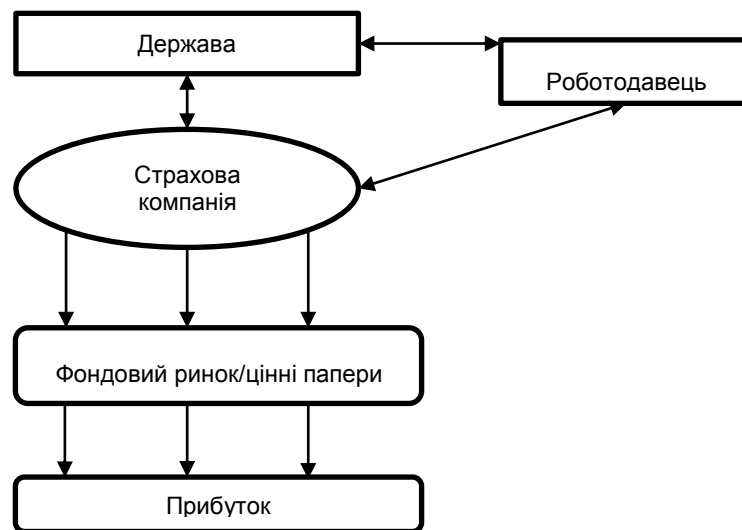


Рис. 1. Страхові компанії в системі соціального страхування

Джерело: побудовано на основі [10]

Модель Бісмарка. Це найбільш децентралізована форма охорони здоров'я. Вона була створена наприкінці 19 століття. Фінансування роботодавцями та службовцями медичного страхування за цією моделлю забезпечує працевлаштованим доступ до "лікарняних фондів", які мають обов'язкові посвідченнями про оплату праці. Страхові компанії охоплюють кожного

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

працюючого громадянина [5]. Соціально-страхова модель характеризується обов'язковим медичним страхуванням. Вона використовується таких країнах як Німеччина, Японія, Франція, Нідерланди, Голландія, Бельгія, Швейцарія, Австрії. Учасниками обов'язкового страхування виступають спеціалізовані страхові організації – лікарняні каси, фонди, страхові медичні компанії. Модель Бісмарка заснована на розподілі фінансування сфери охорони здоров'я у співвідношенні 60%:40%, 60% витрат покривається за рахунок фонду обов'язкового медичного страхування, а решта 40% з державного бюджету [6].

Програми обов'язкового медичного страхування охоплюють населення повністю або майже повністю. Форма управління сферою охорони здоров'я при такому типі моделі є децентралізованою, переважну кількість послуг надають приватні некомерційні установи. Практикуючи приватні сімейні лікарі надають первинну допомогу населенню. Характерним є високий рівень розвиненості ринку медичних послуг, провідним є державне медичне страхування, а приватне відіграє додаткову роль. Також держава контролює всіх учасників страхового ринку [1].

Остання третя модель притаманна для США, Південної Кореї, Ізраїлю. Характерними особливостями є високий рівень розвиненості страхової інфраструктури, децентралізація, майже повністю відсутнє державне регулювання, високий рівень конкуренції між надавачами страхових послуг. В залежності від віку та наявності хронічних захворювань диференціюється тариф на страховий платіж. В США діють дві програми, які забезпечують надання безоплатних медичних послуг для недієздатного та для осіб з низьким рівнем доходу, проте вони не покривають всіх витрат на лікування. Присутнє вікове обмеження, вік понад 65 років. Витрати на фінансування названих програм з федерального бюджету [6].

Можна виділити основні критерії, за якими відрізняються моделі охорони здоров'я:

- роль держави;
- джерела фінансування;
- контроль за якістю надання медичних послуг;
- доступність для населення;
- взаємовідносини держави та приватних учасників системи;
- механізми стимулювання працівників сфери охорони здоров'я;
- форми власності надавачів медичних послуг.

Також слід звернути увагу на відношення громадян до участі у покритті видатків на медицину, що може або сприяти підтримці медичних служб через додаткове залучення коштів або стримуванні та зниженню попиту на медичні послуги.

У (Табл. 1) узагальнено та виділено характерні особливості трьох основних моделей сфери охорони здоров'я та досвід використання в Україні.

По кожній системі існує як ряд переваг, так і недоліків. В більшості країн відбувається поєднання різних моделей з прийнятою базовою системою (з вищерозглянутих трьох). Далі проведемо аналіз систем охорони здоров'я по країнам – представникам розглянутих вище моделей.

Яскравим прикладом державної моделі охорони здоров'я моделі Беверіджа є Великобританія. Головним органом, який регулює систему охорони здоров'я є Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) – загальна для Англії, Шотландії Північної Ірландії та Уельсу, яка є стовідсотково державною і фінансується за рахунок загальних податкових надходжень. Для всіх проживаючих в НСОЗ надає послуги профілактики, первинної медичної допомоги, спеціалізованої допомоги. НСОЗ доступна для всіх, незалежно від статі, раси, інвалідності, віку, сексуальної орієнтації, релігії, переконань, зміни статі, вагітності та материнства чи статусу подружнього або цивільного партнерства [7].

Центральним органом виконавчої влади є Міністерство охорони здоров'я, основною функцією якого є підтримка дії Уряду щодо покращення здоров'я населення. Міністерство розробляє стратегію розвитку охорони здоров'я, займається розробкою нормативно-правових актів. Регіональні управління несуть відповідальність за роботу місцевих служб охорони здоров'я та за відповідність дотримання стандартів якості при наданні медичних послуг.

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

Відповідальність за надання послуг на регіональному рівні несуть заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

Таблиця 1

Ключові параметри моделей охорони здоров'я

Назва моделі	Країни, в яких використовується модель	Характерні особливості	Переваги	Недоліки	Досвід для України
Державна модель охорони здоров'я або Модель Беверіджа	Великобританія, Ірландія, Данія, Італія, Канада, Іспанія, Португалія, Греція	Державне фінансування (пряме оподаткування). Державне управління та контроль за якістю медичних послуг. Централізоване планування. Орієнтація на первинну допомогу.	Високий відсоток охоплення населення безоплатними послугами. Загальна доступність медичної допомоги. Вища ефективність при вирішенні стратегічних питань. Безоплатність. Економічність. Контроль за використання коштів.	Великі адміністративні витрати. Бюрократизація. Обмеженість при виборі лікаря. Дефіцит бюджету. Права медичних закладів обмежені. Не враховують інтереси споживачів. Плинність кадрів. Технічне оснащення на низькому рівні.	Дана модель з'явилась спираючись на досвід Радянського Союзу та існуючу Модель Семашко.
Модель соціального медичного страхування або Модель Бісмарка	Німеччина, Франція, Нідерланди, Голландія, Бельгія, Швейцарія, Австрія, Японія	Опосередкована участь держави в процесах медичного обслуговування. Децентралізоване фінансування. Фінансування відбувається за рахунок цільових платежів учасників. Поєднується приватне та соціальне медичне страхування.	Надання якісної безкоштовної медичної допомоги. Високий рівень інновацій. Наявність додаткових джерел фінансування. Вільний вибір лікаря.	Розрахунок за надані послуги між різними регіонами. Надання послуг ризиковим категоріям населення. Високі адміністративні витрати.	Впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Підвищення рівня інновацій.
Приватна Модель	США, Північна Корея, Ізраїль	Основне джерело фінансування – приватні кошти. Децентралізована система управління. Наявність державних страхових програм.	Висока інноваційність. Широке коло медичних закладів. Високий рівень доходу лікарів та медичних працівників. Контроль за якістю послуг. Висока ефективність.	Висока вартість послуг. Високі адміністративні витрати. Складність у комплексному обстеженні через автономність працюючих лікарів. Відсутність єдиної національної системи ОЗ	Розвиток державних страхових програм. Використання для платоспроможної категорії населення працюючих лікарів. Приватного медичного страхування.

Джерело: сформовано автором на основі [1; 5;6;10;14]

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

Лікарні НСОЗ поступово отримують більшу незалежність від Міністерства охорони здоров'я за рахунок перетворення в трастові фонди, які підлягають зовнішньому аудиту та інспекції. Трасти первинної медико-санітарної допомоги, як і раніше, діють в рамках цільового планування, відображаючи їх відповідальність за використання державних коштів з метою задоволення потреб приписного населення в медичних послугах. Комісія, яка забезпечує контроль якості медичної допомоги, регулює діяльність сектора охорони здоров'я за допомогою реєстрації, щорічного інспектування, моніторингу скарг і їх виконання. Фінансування системи охорони здоров'я відбувається за рахунок державних коштів, а саме загального оподаткування та внесків із заробітної плати. Окремі види медичної допомоги фінансуються за рахунок приватних джерел, шляхом використання приватного медичного страхування, деякі за рахунок коштів пацієнтів, поділу вартості послуг або прямих платежів за отримання медичних послуг, які надаються продуцентами служби охорони здоров'я або приватними виробниками [8]. На охорону здоров'я витрачається близько 10% ВВП [9]. На початку функціонування НСОЗ в 1948 році бюджет становив 437 мільйонів фунтів стерлінгів (еквівалентно 16,01 млрд. фунтів стерлінгів у 2019 році). У 2016–2017 рр. - 122,5 млрд. Фунтів стерлінгів. У 1955-6 роках витрати на охорону здоров'я складали 11,2% бюджету, у 2015-16 році це становило 29,7%, що дорівнює середньому зростанню витрат за 60 приблизно на 4% на рік з урахуванням інфляції. Під час правління Блера рівень витрат збільшувався приблизно в середньому на 6% на рік. З 2010 року зростання видатків обмежилось лише трохи більше 1% на рік [10].

Близько 60% бюджету НСОЗ використовується на оплату праці персоналу, 20% - це ліки та інші медичні матеріали, а решта 20% розподіляється між будівлями, обладнанням, витратами на навчання, медичним обладнанням, харчуванням та прибиранням. Близько 80% загального бюджету розподіляються місцевими трастами відповідно до пріоритетних напрямків охорони здоров'я по кожному району. Починаючи з 2010 року, встановлено обмеження на 1% щодо підвищення заробітної плати персоналу, який продовжує виконувати ту саму роль. Профспілки, що представляють лікарів, стоматологів, медсестер та інших медичних працівників, закликали уряд припинити обмеження заробітної плати за медичну допомогу [11].

Німеччина є класичним прикладом моделі соціального страхування. Країна є лідером в наданні якісної медичної допомоги, тут розміщені великі медичні центри, оснащені високоякісним новітнім медичним устаткуванням. Якість підготовки спеціалістів на високому рівні, на розвиток сфери охорони здоров'я виділяються значні кошти. Розподіл джерел фінансування представлено на (Рис. 2).



Рис. 2. Розподіл джерел фінансування охорони здоров'я в Німеччині

Джерело: побудовано на основі [14]

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

Майже 90% населення є учасниками програми соціального медичного страхування та лише 10% користуються приватним медичним страхуванням, яким можуть скористатися лише у випадку. Якщо річний дохід перевищує 50 тис. євро. В іншому випадку обов'язковим є соціальне медичне страхування. Із загальних видатків покривається 75% всіх видатків на охорону здоров'я.

Рух коштів охорони здоров'я виглядає наступним чином: перш вони акумулюються в державному фонді соціального медичного страхування, далі надходять на рахунки приватних некомерційних страхових організацій, які контролюють оплату послуг лікувально-профілактичної установі. Такі організації отримали назву лікарняних кас, їх об'єднання та об'єднання лікарів лікарняних кас утворюють основу системи соціального медичного страхування (Social Health Insurance). Лікарняні каси формуються шляхом сплати податку на прибуток роботодавцем та працівником, середня ставка податку становить 15%. Вони формують саморегулюючі структури, які, спираючись закон про обов'язкове медичне страхування, керують фінансуванням і наданням послуг в гарантованому обсязі. Лікарняні каси являють собою приватні некомерційні організації, займаються страхуванням ризиків, пов'язаних з хворобою. Комісії, які поєднують в собі представників лікарняних кас та надавачів послуг беруть участь у встановленні цін, тарифів, нормативів та пільг на медичні послуги [1; 12].

В країні високий ступінь децентралізації з розподілом повноважень в напрямку охорони здоров'я. Відповідно до кодексу соціального забезпечення лікарні, які хочуть отримати право на компенсацію витрат мають дотримуватись певних критеріїв, вони мають укласти договори з лікарняними касами щодо зовнішнього контролю якості. Також встановлені мінімальні обсяги на обслуговування та надання медичних послуг [13].

США – це країна-лідер щодо інновацій та досліджень в сфері охорони здоров'я. В цій країні витрачають на медицину значно більше коштів аніж в будь-якій іншій країні. Тут немає єдиної загальної системи страхування, яка б охоплювала все населення. Середній показник витрат на охорону здоров'я в розвинених країнах становить приблизно 9% від ВВП, а в США це більше 15% від ВВП [14; 15].

Медичне страхування купується на приватному ринку або надається Урядом певним категоріям населення. Приватне медичне страхування можна придбати в різних комерційних страхових компаніях або у некомерційних страховиків. Близько 84% населення охоплене державним (26%) або приватним (70%) медичним страхуванням. Приблизно 61% медичного страхування пов'язане із зайнятістю, в основному за рахунок економії витрат, пов'язаних із груповими програмами, які можна придбати через роботодавців, які добровільно фінансують програми медичного страхування. Замість того, щоб придбати страховий поліс у зовнішньої сторони (комерційної страхової компанії), премії роботодавців та працівників іноді фінансують у внутрішньо-організаційну програму медичного страхування. Повністю самострахована фірма бере на себе всі ризики, пов'язані з витратами на охорону здоров'я своїх працівників. Частково самостраховуюча фірма обмежує ризик, який вона бере на себе, купуючи страхове покриття "стоп-лосс", яке захищає її від виникнення витрат, які перевищують максимальну суму. У будь-якому випадку, фірма, як правило, укладає договори з третьою стороною для управління програмою медичного страхування. Як доповнення приватного медичного страхування, майже 26% населення США покривається державним медичним страхуванням. Існує два види державного медичного страхування, які почали свою діяльність у 1966 році - це Medicare та Medicaid. Medicare - уніфікована національна програма державного медичного страхування для людей похилого віку та інвалідів. Medicare є найбільшим страховиком у країні і керується федеральним урядом, охоплюючи близько 13% населення. План Medicare складається з двох частин:

1) Частина А є обов'язковою і передбачає медичне страхування стаціонарної лікарні, дуже обмежені послуги будинків для престарілих та деякі послуги охорони здоров'я вдома. Частина А Medicare фінансується за рахунок податку на Medicare, подібного до податку на соціальне страхування,

2) Частина Б - добровільний або додатковий план передбачає пільги на послуги лікарів, амбулаторних лікарняних служб, амбулаторних лабораторних та рентгенологічних служб та

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

послуг домашнього лікування. Частина В фінансується за рахунок щомісячних премій (25%) та загальних податків (75%).

Пацієнт Medicare також відповідає за сплату франшизи та доплату за послуги основної частини В та за тривалі лікарняні послуги за частиною А. Багато отримувачів Medicare також купують страховку Medigap - приватна програма медичного страхування, яка пропонується як комерційне страхування компанії, які сплачують за медичні рахунки, не повністю відшкодовані Medicare.

Другий тип страхування, Medicaid, забезпечує охоплення певних економічно неблагонадійних категорій населення. Medicaid фінансується спільно федеральним урядом та урядами штатів і управляється кожним штатом. Федеральний уряд забезпечує урядам штатів певний відсоток додаткових коштів, від 50 до 77%, залежно від доходу на душу населення в штаті. Покриття за програмою Medicaid різниться, оскільки штати встановили різні вимоги щодо отримання права на отримання виплат. Особи, які є літніми, незрячими, інвалідами або членами сімей, у яких є діти на утриманні, повинні охоплюватися Medicaid для отримання федеральних коштів. Федеральний уряд стимулює базовий пакет пільг на охорону здоров'я (наприклад, лікарні, лікарі та будинки престарілих), окремі штати надають більш вигідний пільговий пакет за програмою Medicaid. Це єдина державна програма, яка фінансує тривале перебування вдома для громадян похилого віку. Medicaid охоплює приблизно 12% населення.

В той же час, за оцінками експертів, близько 16% населення не мають медичного страхування та не мають доступу до медичних послуг. Чимало незастрахованих осіб отримують медичні послуги в державних клініках та лікарнях, через державні та місцеві програми охорони здоров'я або приватних постачальників послуг, які фінансуються через благодійність та іншими платниками (перекладаються витрати на інших) [16].

Отже, можна виділити основні пункти стосовно моделі охорони здоров'я в США:

1. Універсальної програми охорони здоров'я не існує.
2. Плата за медичні послуги дуже висока.
3. Переважна кількість населення США має медичне страхування.
4. Основну допомогу надає постачальник первинної медичної допомоги.

Висновки. Дослідження світових систем охорони здоров'я засвідчило, що не існує жодної ідеальної та досконалої моделі. По кожній є як переваги так і недоліки. Можна спостерігати, що основна увага приділяється фінансуванню первинної медичної допомоги, що також впроваджено в Україні. Для України, на нашу думку, необхідним є застосування обов'язкового медичного страхування, як варіант, на умовах державно-приватного партнерства, розробці державних програм попередження захворюваності населення, також варто взяти до уваги Центральну інформаційну систему Великобританії, в якій кожен пацієнт може записатися на прийом до лікаря, планову операцію та навіть замовити ліки.

Список використаних джерел:

1. Омеляновский, В. В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения / В. В. Омеляновский, Л. В. Максимова, А. П. Татаринов // Финансовый журнал = Financial journal. – 2014. – № 3. – С. 22-34. https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2014/3/03_3_2014.pdf.
2. Васкес Абанто, Х. Э. Какую систему здравоохранения выберет Украина? / Х. Э. Васкес Абанто // Світ медицини та біології. – 2013. – № 4 – С. 99-104.
3. Мелехин, А. И. Практика страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в отдельных странах Европейского союза (Германия, Финляндия, Франция) / А. И. Мелехин, О. Л. Тошаков // Вестник государственного социального страхования. – 2003. – № 10. – С. 71.
4. Системы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: Российский опыт сквозь призму зарубежного / Э. Оути, Б. Пабст, В. Рикке и др.; под общ. ред. Г. П. Декярева и др.; М-во труда и соц. развития РФ; Рос. фонд соц. реформ. – Москва : Просвещение, 2003.
5. Ришота, Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України [Електронний ресурс] / Н. Ришота – Режим доступу : <https://ingeniusua.org/articles/klasifikaciya-osnovnikh-modeley-medichnikh-sistem-u-sviti-ta-shlyah-ukraini>.
6. Бондар, А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах [Електронний ресурс] / А. В. Бондар – Режим доступу : <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf>.
7. The NHS Constitution for England. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>.

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

8. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Соединенное Королевство, 2010 г. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/155558/E94836sumR.pdf.

9. John Appleby How does NHS spending compare with health spending internationally? 20 January 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/01/how-does-nhs-spending-compare-health-spending-internationally>.

10. Берч, П. Фінансування первинної медичної допомоги / Патрік Берч // InnovAiT: Освіта та натхнення для загальної практики. - 2018. – 12 (2): – С. 100–104.

11. National Health Service. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://en.regionkosice.com/wiki/National_Health_Service.

12. Thomson, S. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012 [Электронный ресурс] / S. Thomson, R. Osborn, D. Squires, M. Jun — Режим доступа : http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf.

13. Tanner, M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. – 2008. – №613. – P. 48.

14. Papanicolas, I. Health Care Spending in the United States and Other high-income countries / I. Papanicolas, L. R. Woskie, A. K. Jha // Journal of American Medical Association. – 2018. – №319(10). – P. 1024-1039.

15. Habicht, T. Estonia: primary health care quality bonus system / T. Habicht // Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability / ed. C. Cashin, Y.L. Chi, P. Smith, M. Borowitz, S. Thomson. – New York, 2014. – P. 127-140.

16. Ridic, G. Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada [Электронный ресурс] / Goran Ridic, Suzanne Gleason, Ognjen Ridic. – Режим доступа : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/>.

UDC 614.2:336

JEL Classification: I18

N. V. Filipova, Candidate of Economic Sciences,
Associate Professor

THE SPECIFICS OF THE FUNCTIONING OF GLOBAL MODELS OF HEALTH CARE FINANCING

Abstract. *The main goal of any country's health care system is to improve the health of the population and life expectancy. Studying the experience of developed countries allows to make reasonable proposals for improving the existing model of health care in Ukraine.*

Research into the practical aspects of the functioning of health care, its financing and development is a priority.

The issues of adapting the experience of developed countries to the model of financing health care in Ukraine, taking into account the socio-economic state of its development, remain unsolved in full.

The purpose of the article is to analyze the existing global models of health care financing and leading countries, as well as to identify areas for adapting foreign experience to the Ukrainian model of health care financing.

There were analyzed the three major models of health care in the world. The advantages and disadvantages of each of them are identified, as well as the areas of implementation suitable for Ukraine. The experience of the leading countries in each of the studied models - Great Britain, Germany, USA is considered.

The study allowed to obtain systematic information on global models of health care and identify areas for improvement for Ukraine (development of state insurance programs, introduction of compulsory health insurance, increasing the level of innovation).

Keywords: *model; healthcare; financing; world experience.*

References:

1. Omelyanovskiy, V. V., Maksimova, L. V., Tatarinov, A. P. (2014). Zarubezhnyy opyt: modeli finansirovaniya i organizatsii sistem zdavoohraneniya [Foreign experience: models of financing and organization of health care systems]. *Finansovyy zhurnal – Financial journal*, 3, 22-34. Retrieved from https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2014/3/03_3_2014.pdf [in Russian].

2. Vazkes, A. H. (2013). Kakuyu sistemu zdavoohraneniya vyberet Ukraina? [Which healthcare system Ukraine will choose?]. *Svit meditsyny ta biologii – World of medicine and biology*, 4, 99-104 [in Russian].

3. Melehin, A. I., Toschakov, O. L. (2003). Praktika strahovaniya ot neschastnyih sluchaev na proizvodstve i professionalnyih zabolevaniy v otdelnyih stranah Evropeyskogo soyuza (Germaniya, Finlyandiya, Frantsiya) [Practice of insurance against accidents at work and occupational diseases in some countries of the European Union (Germany, Finland, France)]. *Vestnik gosudarstvennogo sotsialnogo strahovaniya – Bulletin of State Social Insurance*, 10, 70-82 [in Russian].

4. Outi, E., Pabst, B., Rikke, V., et al. (2003). *Sistemy obyazatel'nogo sotsialnogo strahovaniya ot neschastnyih sluchaev na proizvodstve i professionalnyih zabolevaniy: Rossiyskiy opyt skvoz prizmu zarubezhnogo* [Systems of compulsory social

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

insurance against industrial accidents and occupational diseases: Russian experience through the prism of foreign. G. P. Dektyarev, et. al. (Eds.). Moscow: Prosveschenie [in Russian].

5. Ryshota, N. (2020). Klasyfikatsiia osnovnykh modelei medychnykh system u sviti ta shliakh Ukrainy [Classification of basic models of medical systems in the world and the way of Ukraine]. *ingeniusua.org*. Retrieved from <https://ingeniusua.org/articles/klasifikaciya-osnovnykh-modeley-medichnykh-sistem-u-sviti-ta-shlyakh-ukraini> [in Ukrainian].

6. Bondar, A. V. (n.d.). Finansuvannia sfery okhorony zdorovia u zarubizhnykh krainakh [Health care financing in foreign countries]. *ena.lp.edu.ua*. Retrieved from <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf> [in Ukrainian].

7. The NHS Constitution for England. *www.gov.uk*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> [in English].

8. Sistemyi zdravooohraneniya: vremya peremen. Referat obzora: Soedinennoe Korolevstvo. (2010). *www.euro.who.int*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/155558/E94836sumR.pdf [in Russian].

9. Appleby, J. How does NHS spending compare with health spending internationally? (2016). *www.kingsfund.org.uk*. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/01/how-does-nhs-spending-compare-health-spending-internationally> [in English].

10. Berch, P. (2018). Finansuvannia pervynnoi medychnoi dopomohy [Financing of primary health care]. *InnovAiT: Osvita ta natkhnennia dlia zahalnoi praktyky – InnovAiT: Education and inspiration for general practice, 12(2)*, 100-104 [in Ukrainian].

11. National Health Service. *en.regionkosice.com*. Retrieved from https://en.regionkosice.com/wiki/National_Health_Service [in English].

12. Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., Jun, M. (2012). International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. *www.commonwealthfund.org*. Retrieved from http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf [in Russian].

13. Tanner, M. (2008). *The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. Policy Analysis, 613*. Washington: Cato Institute [in English].

14. Papanicolas, I., Woskie, L. R., Jha, A. K. (2018). Health Care Spending in the United States and Other high-income countries. *Journal of American Medical Association, 319(10)*, 1024-1039 [in English].

15. Habicht, T. (2014). Estonia: primary health care quality bonus system. C. Cashin, Y. L. Chi, P. Smith, M. Borowitz, S. Thomson (Eds.). *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability*. (pp. 127-140). New York [in English].

16. Ridic, G., Gleason, S., Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Sociomed, 24(2)*, 112-120. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/> [in English].

Надійшла 15.11.2020

Бібліографічний опис для цитування :

Філіпова, Н. В. Особливості функціонування світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2020. № 2 (21). С. 136-144.

**Філіпова
Наталія Володимирівна**

кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри публічного управління та менеджменту організацій, НУ «Чернігівська політехніка»;
<https://orcid.org/0000-0002-5720-865X>;
E-mail:Nataliia-@ukr.net;

**Filipova
Nataliia Volodymyrivna**

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Associate Professor
Public administration and management of organizations, Chernihiv Polytechnic
National University;
<https://orcid.org/0000-0002-5720-865X>;
E-mail:Nataliia-@ukr.net.