



КЛАСИЧНІ МОДЕЛІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Наталія КАРПИШИН



Марія КОМУНІЦЬКА

Розглянуто класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я, які використовуються у суспільстві на сучасному етапі розвитку економіки. Досліджено особливості їх становлення і функціонування та окреслено потенційні можливості, позитивні і негативні аспекти застосування тої чи іншої системи фінансування галузі охорони здоров'я.

The classical models of the public health social welfare that are used on the modern stage of economic development are considered. The peculiarities of their formation and functioning are studied. The prospective possibilities, pros and cons of public health social welfare system are investigated.

Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. Проте, незважаючи на національні особливості функціонування системи охорони здоров'я, основою для формування фінансових відносин у даній сфері, завжди служить та чи інша класична модель фінансового забезпечення. Виникнення цих моделей є результатом досвіду, який суспільство накопило в ході ви-

рішення проблем, пов'язаних з організацією, фінансуванням медичного обслуговування та забезпеченням належного рівня здоров'я громадян. Вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням держави, котра змушена будувати систему фінансових відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

Метою статті є оцінка переваг і недоліків сучасних класичних моделей фінансового

забезпечення охорони здоров'я, виявлення основних тенденцій їх розвитку та ролі в суспільстві.

У сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів.

Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка.

Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна.

Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я [1, 357].

У свою чергу, за рахунок державного фінансування у США покривають лише 41% усіх

витрат у сфері медичного обслуговування, що є найменшим показником серед розвинутих країн світу. Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування. Державне фінансування адресних програм медичного обслуговування базується на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування.

Найбільший обсяг державних витрат припадає на дві програми: "Медікейр" і "Медікейд", якими охоплено майже 20% населення. Відомо, що на фінансування цих програм витрачають понад 90% коштів федерального бюджету, виділених на охорону здоров'я. "Медікейр" є наймасштабнішою державною програмою, основне завдання якої – забезпечувати безкоштовне медичне обслуговування осіб віком понад 65 років. Вона передбачає два види медичного страхування – основне (на випадок стаціонарного лікування) і додаткове, яке вважають добровільним; воно передбачає амбулаторне лікування та інші послуги у приватних лікарів. Основну страховку програми "Медікейр" фінансують за рахунок коштів, що акумулюють через систему соціального медичного страхування. Додаткову медичну страховку фінансують за рахунок доходів федерального бюджету та особистих внесків учасників програми.

Друга державна програма "Медікейд", гарантує медичну допомогу американцям із низьким рівнем доходу, на утриманні яких перебувають неповнолітні діти, сліпим та непрацездатним громадянам тощо; її фінансують федеральний уряд і органи управління штатів. Із федерального бюджету оплачують від 50 до 80% витрат штату на потреби "Медікейд", решту покриває бюджет кожного штату. Також за рахунок бюджету фінансують програми медичної допомоги ветеранам війни і державної підтримки науково-дослідницької роботи у сфері охорони здоров'я.

Характерною ознакою організації системи охорони здоров'я у США є розмежування

функцій виробництва медичних послуг та їх фінансування. Питання про те, хто має надавати медичні послуги (чи то державні некомерційні, чи комерційні установи охорони здоров'я), відокремлюють від проблеми фінансування. Такий підхід гарантує рівні можливості в отриманні медичної допомоги як для пацієнтів державних програм, так і для пацієнтів, застрахованих у порядку приватного медичного страхування, однак на практиці цей механізм не завжди спрацьовує. Нерідко лікарі відмовляються приймати пацієнтів "Медікейд", оскільки оплата медичних послуг за даною програмою нижча за ціни "Медікейр" і приватних програм медичного страхування. Тому пацієнтів програми "Медікейд" обслуговують тільки державні медичні установи, в яких якість медичних послуг значно поступається приватним закладам.

Досягненнями американського типу організації та фінансування охорони здоров'я є висока якість медичного обслуговування, швидкі темпи модернізації медичної техніки й обладнання, висока кваліфікація медичних кадрів, широкий вибір послуг із страхування здоров'я, заохочення населення до здорового способу життя, що дає змогу знизити ризик захворювань і зменшити витрати на охорону здоров'я тощо. В умовах такої системи зростає розуміння значення особистого способу життя та його впливу на здоров'я і виникає матеріальне зацікавлення у його збереженні.

Основні недоліки приватної системи охорони здоров'я — це високі адміністративні витрати; великі витрати, пов'язані з науково-технічним прогресом у галузі охорони здоров'я; наявність населення, яке не охоплено системою страхування, низька доступність мало-забезпечених верств населення до медичної допомоги тощо. Американська система охорони здоров'я дуже витратна і за обсягами фінансування у відношенні до ВВП (це майже 15%) випереджає всі розвинені країни світу. Зменшення витрат на охорону здоров'я — одна з основних проблем приватної системи медичного обслуговування.

Зародження страхової моделі охорони здоров'я, пов'язане з іменем відомого німець-

кого політичного діяча Отто фон Бісмарка. Німеччина стала країною, де вперше в світовій історії у 1883 році прийняли закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування і став прикладом для інших індустріальних країн.

Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Страхова медицина функціонує в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та інших країнах. За даними ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів [2, 383].

Як свідчить світовий досвід, історично склалися три основних варіанти організації страхових систем охорони здоров'я [3, 42].

Перший варіант передбачає централізовану систему медичного страхування, за якої центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагою такої системи є відносна простота управління, низькі адміністративні видатки, а недоліком — обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант базований на територіальних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована система більше зорієнтована на місцеві потреби дає змогу краще врахувати соціально-демографічну та епідеміологічну ситуації, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я громадян та медичної допомоги на місцевому рівні. Разом з тим, як свідчить досвід західних країн, в умовах дефіциту коштів децентралізована система неспроможна забезпечити досягнення соціально гарантованого мінімуму медичного обслуговування. Потрібні спеціальні заходи для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення.

Третій варіант організації ґрунтований на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди та організації. При цьому базові умови їх створення та зміст страхових програм визначені законодавством.

Найбільшого поширення у країнах із розвинутими системами соціального медичного страхування набув тип організації, який поєднує наявність централізованого страхового фонду та мережі місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюють у центральному фонді, котрий виконує адміністративні функції, а потім розподіляють між страховими організаціями на підставі законодавчо затвердженої формули платежів.

Центральне місце у фінансовому забезпеченні страхової моделі охорони здоров'я належить механізму обов'язкового медичного страхування. З економічної точки зору, медичне страхування – це система заходів щодо створення спеціального грошового фонду для відшкодування витрат на медичні послуги та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності, порушенням соціальної активності людини [2, 391].

Діяльність системи охорони здоров'я, в основі якої страхова модель охорони здоров'я, базується на таких принципах:

- 1) соціальної солідарності. Він проявляється тоді, коли перерозподіляють кошти на користь малозабезпечених чи хворих осіб і нема зв'язку між розміром страхового внеску та станом здоров'я застрахованих. Тобто, принцип солідарності полягає в тому, що "багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого";
- 2) обов'язковості, що означає охоплення медичним страхуванням усіх громадян;
- 3) рівноправності всіх застрахованих осіб стосовно зобов'язань на фінансування витрат, отримання прав і гарантій;
- 4) державних гарантій щодо виплат за рахунок медичного страхування;
- 5) контролю за формуванням і використанням фондів медичного страхування тощо.

Загальнообов'язкова форма організації медичного страхування покликана гарантувати надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах і забезпечувати захист населення у випадку виникнення потреби у витратах на лікування незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску.

Джерелами формування коштів фонду обов'язкового медичного страхування можуть бути:

- страхові внески, що вносять на умовах і в порядку, передбаченому законодавством країни, та котрі можуть сплачувати безпосередньо застрахована особа і/або її страхувальник. Страхувальниками можуть бути роботодавці, які страхують здоров'я найманих працівників, фонди пенсійного страхування чи органи місцевого самоврядування, що сплачують внески відповідно за пенсіонерів і дітей до 18 років тощо. Розміри страхового внеску в системі обов'язкового медичного страхування не ув'язують зі станом здоров'я застрахованого і відповідно з обсягом отриманої медичної допомоги. Тарифи на страхування встановлюють, як правило, у відсотках до фонду оплати праці (для роботодавців), доходу фізичних осіб або в абсолютних розмірах тощо;
- асигнування з бюджету, які призначені для забезпечення мінімального рівня страхових допомог, якщо для цього не вистачає отриманих страхових внесків;
- благодійні та добровільні внески підприємств, організацій, фізичних осіб;
- прибуток, одержаний від тимчасово вільних коштів фонду ОМС;
- інші надходження, не заборонені законодавством.

Найбільша частка акумульованих у фонді обов'язкового медичного страхування коштів призначена для фінансування медичних послуг, передбачених програмою ОМС. Страхові організації (компанії, фонди тощо) можуть реалізовувати страхову медичну програму по ОМС за угодою з лікувально-профілактичними

зкладами різних форм власності, приватно-практикуючими і лікарями загальної практики.

Система охорони здоров'я, в основі якої – страховий механізм фінансування, має як позитивні, так і негативні риси. Її переваги виявляються в таких ключових моментах, як децентралізоване і демократичне управління, багатоканальний механізм фінансування з домінуванням страхових джерел, висока якість медичних послуг, ринковий механізм оплати праці тощо. Разом з тим, даній системі притаманні наступні недоліки: невиправдане збільшення вартості медичних послуг, низький рівень профілактики, практична неможливість повного охоплення населення медичним страхуванням

Для країн, де функціонує страхова система охорони здоров'я, характерною є значна питома вага коштів підприємств і населення у загальній структурі джерел фінансування, тоді як функціонування державної моделі медичного обслуговування значною мірою залежить від обсягів бюджетного фінансування (табл. 1).

Як це видно з табл. 1, у Великобританії, де діє державна система охорони здоров'я, бюджетні ресурси займають 85%, а у Франції на охорону здоров'я їх витрачають лише 5%, де домінуючу роль відіграють кошти бізнесових структур, які вони вносять на медичне страхування, – 65%. Фінансове забезпечення кожної моделі відбувається шляхом використання багатьох джерел фінансування, й лише пріоритетне значення окремого джерела визначає її зміст і характерні риси.

Як відомо, бюджетна модель охорони здоров'я виникла на початку XX століття у двох модифікаціях – моделі Беверіджа і моделі Семашко. Становлення моделі Беверіджа, пов'язане з іменем англійського політичного діяча Уільяма Беверіджа (1879-1963), пропозиції якого відомі під назвою "план Беверіджа", у 1942 році лягли в основу ряду законів про державну систему медичного обслуговування та соціального забезпечення. В 1948 році у Великобританії було проведено націоналізацію медичних закладів з досить високою компенсацією їх вартості колишнім власникам і створено Британську національну службу охорони здоров'я [4, 32]. В організаційному плані дана модель характерна існуванням розвинутої мережі закладів охорони здоров'я, котрі перебувають у державній і муніципальній власності. Медична допомога, яку надають у цих закладах, доступна для населення країни і гарантована законодавством. Функціонують також приватні медичні заклади, де кожний може за окрему оплату отримати медичне обслуговування.

Варто виділити такі принципи функціонування моделі охорони здоров'я Беверіджа:

- доступність для широкого кола споживачів;
- пріоритетна участь держави в організації та фінансуванні охорони здоров'я;
- професійна незалежність лікарів і опора на "сімейного лікаря";
- неприбутковість діяльності;
- сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я;
- профілактика захворювань.

Таблиця 1

Структура джерел фінансування охорони здоров'я в окремих економічно розвинутих країнах світу, %

Країни	Бюджетні кошти, %	Кошти підприємств, %	Особисті кошти, %	Витрати на 1 людину, амер. дол.
Бюджетна модель охорони здоров'я				
Великобританія	85	12,5	2,5	1213
Фінляндія	72	12	17	1363
Страхова модель охорони здоров'я				
Німеччина	19	43	38	1835
Франція	5	65	30	1835
Швейцарія	21	-	79	2283

Джерело: складено автором на основі [2, 628; 5, 86; 6, 257].

Перевагою є те, що в країнах, де побудована бюджетна модель охорони здоров'я, проблема зростання вартості лікування не така гостра, порівняно з тими державами, де медичні послуги оплачують на основі обов'язкового чи добровільного медичного страхування. Така система охорони здоров'я є більш гуманною і соціально справедливою формою організації та фінансування медичного обслуговування населення. Однак і вона не позбавлена істотних недоліків і вад.

Досліджуючи альтернативні моделі охорони здоров'я, відомий американський вчений П. Самуельсон прийшов до висновку, що обмеження дії ринкових законів у сфері медичного обслуговування призводить до підвищеного попиту на послуги та їх дефіцит [7, 335]. На його думку, держава, яка фінансує охорону здоров'я і робить медичну допомогу загальнодоступною, рано чи пізно зіткнеться з явищем, що називається "нецінове нормування". Поява нецінових механізмів зумовлена необхідністю усунення надлишкового попиту на медичні послуги і проявляється у вигляді черг або суб'єктивного відбору пацієнтів для надання медичної допомоги.

Щоб запобігти надмірному споживанню суспільних послуг, які надає держава, фахівці в галузі економіки державного сектору і державних фінансів пропонують урядам запроваджувати плату за користування ними. Плата за користування – це державна ціна за конкретні спожиті послуги. Подібно до ринкових цін, плата за користування допомагає підтримувати пропорції між пропозицією та попитом на суспільні блага й послуги [8, 317]. Плата за користування послугами є своєрідною альтернативою податкам. Вона забезпечує покриття державних видатків і стимулює до економічного використання благ, які надає держава. На відміну від податків, при сплаті яких нема прямого еквівалентного обміну "податки – суспільні блага", вносячи плату за користування споживач отримує пряму вигоду. Ціна, що сплачує користувач, – це окрема "державна ціна", яку призначає державна організація за послуги чи продукцію, виробництво і розподіл яких перебувають під державним контролем [8, 316].

Плату за користування послугами справляють тоді, коли державний сектор постачає товари, які не можна вважати чистим суспільним благом. Медичні послуги саме й не належать до останніх, бо хоч і мають ознаку невинятковості, але є конкурентними у споживанні та можуть бути нормовані ціною. Тому нерідко в країнах, де функціонує бюджетна модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, "безкоштовно" надають певний гарантований обсяг медичної допомоги, який оплачують платники податків, а інша медична допомога стає об'єктом для окремої плати за неї. Запровадження плати за користування послугами у сфері охорони здоров'я частково вирішує проблему надмірного споживання медичних послуг і є дуже важливим фінансовим джерелом.

Суттєвою вадою бюджетної системи охорони здоров'я вважають ризик бюрократичного розподілу коштів. Оскільки дана система не має на меті отримання прибутку і не діє на принципах комерційного розрахунку, це може призводити до неефективного використання бюджетних коштів. Послаблення приватного інтересу і відсутність конкурентного середовища руйнують стимули для пошуку механізму ефективнішого і раціональнішого використання коштів. Тому бюджетна система фінансового забезпечення охорони здоров'я значно поступається приватній за якістю медичних послуг, бо ринкові умови потребують впровадження новітніх технологій, чим поважають науково-технічний прогрес у галузі.

Бюджетна модель охорони здоров'я діє в багатьох економічно розвинутих країнах світу (Великобританії, Данії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Фінляндії, Швеції тощо). Завдяки збереженню у сфері охорони здоров'я ринкових механізмів, таких, як професійна незалежність лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров'я і праця за контрактом, наявність дозволу в лікарів-фахівців, які працюють у державних медичних установах, займатися приватною практикою за сумісництвом, функціонування альтернативних інститутів медичного обслуговування тощо, урядам

згаданих країн вдалося протистояти монополістичним тенденціям у цій сфері й зберегти її економічну ефективність.

Уперше бюджетну модель охорони здоров'я було запроваджено у колишньому СРСР, засновником і організатором якої став Н. Семашко. В радянській системі охорони здоров'я бюджетні асигнування становили більше 85% у загальному обсязі витрат у даній галузі, решта – 15% витрат здійснювали коштом державних, кооперативних, профспілкових підприємств і організацій, а також колгоспів [9, с. 80]. Тобто, підприємства у СРСР також брали участь у фінансуванні охорони здоров'я та утримували клініки, санаторії й амбулаторії, які обслуговували їхніх працівників та членів їх сім'ї.

Визначальними рисами радянської системи охорони здоров'я були:

- загальнодержавна форма організації, яка відповідала ієрархії політичної системи: від центрального уряду до області й потім – до територіальних закладів охорони здоров'я;
- централізований характер управління;
- планування і прогнозування основних показників галузі;
- потужна ресурсна база і пріоритетність кількісних досягнень: високих нормативів забезпечення населення медичними кадрами, ліжковим фондом, мережею медичних закладів тощо;
- значна фінансова залежність від коштів бюджету;
- участь підприємств у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я.

Радянська система охорони здоров'я діяла протягом тривалого періоду, і завдяки їй було досягнуто значних успіхів у збереженні та зміцненні здоров'я населення. Доступність і безкоштовність медичної допомоги стали основними факторами у зниженні смертності й захворюваності населення в країні. У результаті широкої вакцинації вдалося значно знизити захворюваність людей і ліквідувати такі масові хвороби, як малярія, туберкульоз, тиф, поліомієліт, дифтерія тощо.

Екстенсивний шлях розвитку радянської системи охорони здоров'я на певному етапі давав позитивні результати, і нагромадження ресурсного потенціалу справді підвищувало рівень медичного обслуговування. Але подальший її розвиток мав був опиратися не тільки на планові директиви, а й гнучку дію ринкових механізмів: пропозиції, попиту, конкуренції, які створювали умови для ефективного використання коштів, економічного стимулювання і поліпшення якості медичного обслуговування. Тому ще за радянських часів робили спроби реформувати галузь охорони здоров'я і запровадити новий механізм господарювання, який би передбачав:

- зміну системи бюджетного фінансування, перехід від виділення коштів із бюджету за окремими статтями витрат до фінансування за довготривалими стабільними нормативами, що комплексно відображають цілеспрямовану діяльність закладів;
- поєднання бюджетного фінансування медичних установ з розвитком платних послуг населенню, договорів з підприємствами і організаціями на основі господарського розрахунку;
- розвиток самостійності та ініціативи трудових колективів у вирішенні основних питань виробничої діяльності й соціального розвитку;
- використання гнучких режимів оплати праці тощо.

Однак, в умовах командно-адміністративної системи управління і тільки бюджетного фінансування новий механізм господарювання не було реалізовано. Внаслідок цього у системі охорони здоров'я почали виникати певні проблеми:

- зниження якості лікування і неефективність системи медикаментозного забезпечення, що спричинило існування "чорного" ринку ліків;
- низький рівень заробітної плати медичного персоналу і відсутність матеріальних стимулів за якість та обсяг виконаної роботи;
- хронічний дефіцит фінансових ресурсів і недостатній обсяг капітальних видат-

ків, необхідних для придбання медичного устаткування тощо.

Із розвитком політичних та економічних подій, які спричинили спад валового внутрішнього продукту і виникнення бюджетного дефіциту, дана система охорони здоров'я частково втратила дієздатність й опинилась у кризовому стані. Це змусило уряди країн, де була така модель охорони здоров'я, шукати додаткові фінансові ресурси і впроваджувати альтернативні способи фінансування медичної допомоги (розвиток платної медицини, добровільного страхування здоров'я, впровадження системи обов'язкового медичного страхування тощо). Процес реформування системи охорони здоров'я у багатьох країнах розпочали із запровадження системи обов'язкового медичного страхування (Естонія, Латвія, Литва, Росія, Киргизстан, Казахстан).

Україна не належить до групи країн, де здійснено радикальні реформи у системі охорони здоров'я. Функціонування галузі відбувається, фактично, самопливом, без особливих змін і конкретних реформаторських дій держави. Сучасну вітчизняну модель охорони здоров'я можна охарактеризувати як бюджетну, оскільки в структурі джерел фінансового забезпечення 72% займають бюджетні кошти, а 28% — кошти підприємств і громадян.

Обов'язкове медичне страхування в Україні не запроваджене, тому кошти підприємств, витрачають здебільшого на оплату медичних послуг, які надають у державному і приватному секторах охорони здоров'я, а незначну суму — на сплату страхових внесків із добровільного страхування здоров'я. Значне фінансове навантаження відчуває населення країни, яке власним коштом оплачує медикаментозне забезпечення, а також платні державні та приватні медичні послуги тощо.

Підсумовуючи результати дослідження, можна засвідчити, що в сучасному суспільстві сформовано три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: приватна, бюджетна і страхова. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення і залучення всіх можливих фінан-

сових ресурсів. Визначальний фактор діяльності кожної моделі — пріоритетне значення того чи іншого джерела фінансування в структурі загальних витрат на охорону здоров'я.

В Україні функціонує бюджетна модель охорони здоров'я, оскільки домінуючу роль у фінансовому забезпеченні відіграють кошти бюджету. У результаті ринкових перетворень, що відбулись у економіці країни, ця система охорони здоров'я відчула потребу в реформуванні та модернізації. На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я головною проблемою державної політики у згаданій сфері є повноцінне виконання законодавчо встановлених зобов'язань і гарантування належного рівня фінансового забезпечення.

Література

1. Стігліц Джозеф Е. Економіка державного сектора: Пер. з англ. — К.: Основи, 1998. — 854 с.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 680 с.
3. Лехан В. М., Лакіза-Сачук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2001. — 174 с.
4. Андрущенко В. Л. Фінансова думка Заходу у XX столітті: (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів). — Львів: Каменяр, 2000. — 303 с.
5. Панов Б. В., Сеїрський О. О., Дзигал О. Ф., Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 4. — С. 85–89.
6. Экономика социальной сферы: Учебное пособие / Игнатов В.Г., Батулин Л.А., Бутков В.И., Уварова Г.Г., Хадарев С.В., Эланский Ю.Г. — Ростов н/Д: Издательский Центр "МарТ", 2001. — 416 с.
7. Самуэльсон П. А., Нордхауз В. Д. Экономика: Пер. с англ. — 15-е изд. — М.: Бином-КноРус, 1997. — 799 с.
8. Державні фінанси: Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі: Пер. з англ. — К.: Основи, 1998. — 542 с.
9. Государственный бюджет СССР / Под. ред. Г. Л. Рабиновича, М. В. Романовского. — М.: Финансы и статистика, 1988. — 383 с.