



Фінансовий механізм управління охороною здоров'я: міжнародний досвід

Басва Олена Вікторівна

доктор біологічних наук, професор,

завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

Адреса: 02098, м. Київ, Україна, вул. Бориспільська, 2, м. Київ, Україна

E-mail: dr.baieva@kmu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8583-4201>

ID автора Scopus: ID: 58849384900

Коваленко Ольга Олександрівна

кандидат наук з державного управління

доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

Адреса: 02098, м. Київ, Україна, вул. Бориспільська, 2, м. Київ, Україна

E-mail: o.o.kovalenko@kmu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8415-9654>

ID автора Scopus: 60199961200

Наталія Юріївна Кондратюк

кандидат медичних наук, доцент

завідувач наукового відділу організації медичної допомоги

ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС

Адреса: 01014, м. Київ, Україна, вул. Верхня, 5, м. Київ, Україна

E-mail: loriann2005vs2017@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6669-7619>

ID автора Scopus: 57222966719



Пархоменко В.В.

кандидат економічних наук,

доцент кафедри менеджменту, маркетингу та публічного управління

Національна академія статистики, обліку та аудиту

Адреса: 04107, вул. Підгірна, 1, м. Київ, Україна

E-mail: pviktoria@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-4125>

Прийнято: 02.01.2026 | Опубліковано: 17.01.2026

Анотація: Охорона здоров'я є важливим компонентом комплексної системи соціального забезпечення в кожній країні виступає та важливим пріоритетом для сталого розвитку. **Мета** статті полягає у систематизації міжнародного досвіду формування фінансового механізму управління охороною здоров'я, визначенні ключових чинників ефективності різних моделей і можливостей їх адаптації до соціально-економічних умов України. **Методи дослідження:** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань використовувався комплекс методів: теоретико-методологічний аналіз літератури з використанням баз даних PubMed/ Medline, Google Scholar і PakMediNet; метод контент-аналізу; метод порівняльного аналізу та аналітичний метод систематизації та синтезу. **Результати:** Визначено, що фінансування систем надання медичної допомоги можна умовно поділити на три групи: бюджетну; соціально-страхову та приватну. Бюджетна система фінансування охорони здоров'я базується на загальних податкових доходах. Переважно бюджетне фінансування відбувається шляхом перерахування коштів з бюджету країни до національної медичної служби з єдиним платежем. Така система фінансування охорони здоров'я впроваджена в Великобританії, Швеції, Ірландії, Іспанії, Італії, Норвегії, Черногорії, Нової Зеландії, Куби та деяких інших країнах. Соціально-страхова система фінансування охорони здоров'я реалізується через системи, засновані або на цільовому внеску, або за рахунок



єдиного внеску на соціальне страхування. Механізм фінансування системи охорони здоров'я при впровадженні обов'язкового медичного страхування має певні особливості в кожній країні та може впроваджуватись як через систему лікарських фондів, так і національними страховими медичними компаніями. Соціально-страхова система фінансування охорони здоров'я запроваджена у Люксембурзі, Нідерландах, Чехії, Німеччині, Словаччині, Франції, Японії, Канаді. Приватна система охорони здоров'я найбільшою мірою переважає в США та характеризується децентралізованістю, відсутністю регулювання з боку держави та високим розвитком інфраструктури страхових організацій.

Висновки. Наразі жодна з національних систем охорони здоров'я не фінансується з одного джерела, бо кожна система фінансування має свої переваги та недоліки і задовольняє певні верстви населення з різним рівнем доходу. Україна при реформуванні системи охорони здоров'я взяла за основу реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичної допомоги через Національну службу здоров'я України. Така система фінансування може мати як переваги, так і недоліки які спостерігаються при організації системи охорони здоров'я в Великобританії.

Ключові слова: фінансування, моделі фінансування, охорона здоров'я, бюджетна модель фінансування; соціально-страхова модель фінансування; приватна модель фінансування.

Mechanisms for financing health care systems: international experience

Olena V. Baieva

Doctor of Biology, Full Professor,

Head of Department Public Health and Microbiology

Private Higher Educational Establishment «Kyiv Medical University»,

Kyiv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8583-4201>



Olha O. Kovalenko

PhD, Associate Professor, of the Department of Public Health and
Microbiology

Private Higher Educational Establishment «Kyiv Medical University», Kyiv,
Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8415-9654>

Nataliia Yu. Kondratiuk

PhD, Associate Professor, Head of the scientific department of the organization
of medical care State Institution of Science «Center of innovative healthcare
technologies» State Administrative Department

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6669-7619>

Parkhomenko V. Viktoriya

PhD in Economics, assoc. prof.

National Academy of Statistics, Accounting and Audit, Kyiv, Ukraine

E-mail: pviktoria@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-4125>

Abstract. Healthcare is an important component of a comprehensive social security system in every country and is an important priority for sustainable development. The **purpose** of the article is to systematize international experience in forming a financial mechanism for healthcare management, identify key factors in the effectiveness of various models, and determine the possibilities for adapting them to the socio-economic conditions of Ukraine. **Methods:** To achieve the goal and solve the tasks set, a set of methods was used: theoretical and methodological analysis of literature using PubMed/Medline, Google Scholar, and PakMediNet databases; content analysis method; comparative analysis method; and analytical method of systematization and synthesis. **Results:** It has been determined that the financing of healthcare systems can be divided into three groups: budgetary, social insurance, and



private. The budgetary healthcare financing system is based on general tax revenues. Budget financing mainly takes the form of a single payment from the national budget to the national health service. This system of healthcare financing has been implemented in the United Kingdom, Sweden, Ireland, Spain, Italy, Norway, Montenegro, New Zealand, Cuba, and some other countries. The social insurance system of healthcare financing is implemented through systems based either on targeted contributions or on a single social insurance contribution. The mechanism for financing the healthcare system when introducing compulsory health insurance has certain features in each country and can be implemented either through a system of medical funds or through national health insurance companies. The social insurance system of healthcare financing has been introduced in Luxembourg, the Netherlands, the Czech Republic, Germany, Slovakia, France, Japan, and Canada. The private healthcare system is most prevalent in the United States and is characterized by decentralization, lack of state regulation, and highly developed infrastructure of insurance organizations. **Conclusions** Currently, none of the national healthcare systems are financed from a single source, as each financing system has its advantages and disadvantages and caters to specific segments of the population with different income levels. In reforming its healthcare system, Ukraine has based its approach on the implementation of state policy in the area of state financial guarantees for medical care through the National Health Service of Ukraine. Such a financing system can have both advantages and disadvantages, which can be observed in the organization of the healthcare system in the United Kingdom.

Keywords: financing, financing models, healthcare, budget financing model; social insurance financing model; private financing model.

Постановка проблеми. Охорона здоров'я є важливим компонентом комплексної системи соціального забезпечення в кожній країні виступає та важливим пріоритетом для сталого розвитку. Досвід пандемії COVID-19 визначив важливість стійких, адаптивних та стійких систем охорони здоров'я, здатних забезпечити універсальний доступ до недорогої та ефективної медичної



допомоги. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», прийнятий у 2017 році, запровадив процес реформування системи фінансування медичної допомоги, зокрема визначив роль Національної служби здоров'я України в системі централізованого фінансування медичної допомоги громадянам країни [1]. Незважаючи на виклики пандемії на COVID-19 та повномасштабного воєнного вторгнення з боку РФ, реформа фінансування системи охорони здоров'я не тільки була продовжена, проте й адаптувалась до умов воєнного часу. Аналіз міжнародного досвіду дозволяє визначити ефективні моделі управління сферою охорони здоров'я, в першу чергу реформування системи фінансування в умовах дефіциту бюджету. Ефективне подолання наслідків російської воєнної агресії та післявоєнної відбудови системи охорони здоров'я, використання європейського досвіду фінансування медичної допомоги наблизить Україну до вступу в ЄС.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Фундаментальними працями Sloan Frank A. [2], Folland Sherman [3] та Ellis R.P. [4] визначено основні засади фінансування систем охорони здоров'я, які формуються з коштів бюджету країни та окремих міст, округів, національного обов'язкового медичного страхування, добровільного (приватного) медичного страхування, оплати медичної допомоги безпосередньо пацієнтами або благодійними організаціями. Поєднання всіх методів фінансування дозволяє країні досягти високих показників доступності та якості медичної допомоги. Аналізу ключових моделей фінансування системи охорони здоров'я присвячено праці вітчизняних науковців Назаренко С.А. [5], Андрусів У. Я. [6], Лепетан І.М. [7], Шелєміна Н.І. [8]. Статті, опубліковані вищезазначеними авторами, не тільки визначають сутність моделей фінансування, проте проводять теоретико-методологічний аналіз систем управління системою охорони здоров'я шляхом фінансування та організації надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Цінними джерелами для аналізу та визначення шляхів подальшого реформування національної системи фінансування є наукові праці Костюк В.С. [9], Соколенко Я.В. [10], Лопаткіної О. [11], Hlushchenko, H. [12], Н. Філіпової



[13]. Ґрунтовний аналіз фінансування системи охорони здоров'я України в умовах реформування та викликів військової російської агресії провели науковці та аналітики Європейського регіонального бюро ВООЗ в 2024 році [14].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Не вирішеними залишаються питання доцільності використання різних джерел фінансування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я та в державах, в яких система фінансування охорони здоров'я знаходиться в стані розвитку або на етапі реформування. Не зазнало розвитку питання щодо ефективності різних систем фінансування системи охорони здоров'я в контексті різних соціально-економічних умов та викликів, які можуть бути спричинені пандеміями, фінансовими кризами та військовими конфліктами на території держави.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета дослідження полягає у систематизації міжнародного досвіду формування фінансового механізму управління охороною здоров'я, визначенні ключових чинників ефективності різних моделей і можливостей їх адаптації до соціально-економічних умов України.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Управління охороною здоров'я є багатофункціональною та багаторівневою системою, яка включає сукупність різних організаційних, інституційних, фінансових та соціально-економічних механізмів, спрямованих на забезпечення населення країни якісною, ефективною та доступною медичною допомогою [5].

Більшість науковців та аналітиків приходять до висновку, що успіх національної системи охорони здоров'я визначається обраною моделлю фінансування, яка має відповідати соціально-економічним і політичним умовам в країні [4,7,14].

Системи фінансування охорони здоров'я класифікують за двома ознаками: за джерелом фінансування та за формою розподілу коштів. Джерела формування засобів не завжди впливають на форми їх розподілу, системи з одним і тим же джерелом фінансування можуть мати різні характеристики розподілу.



Класифікацію систем фінансування охорони здоров'я представлено на рис.1.

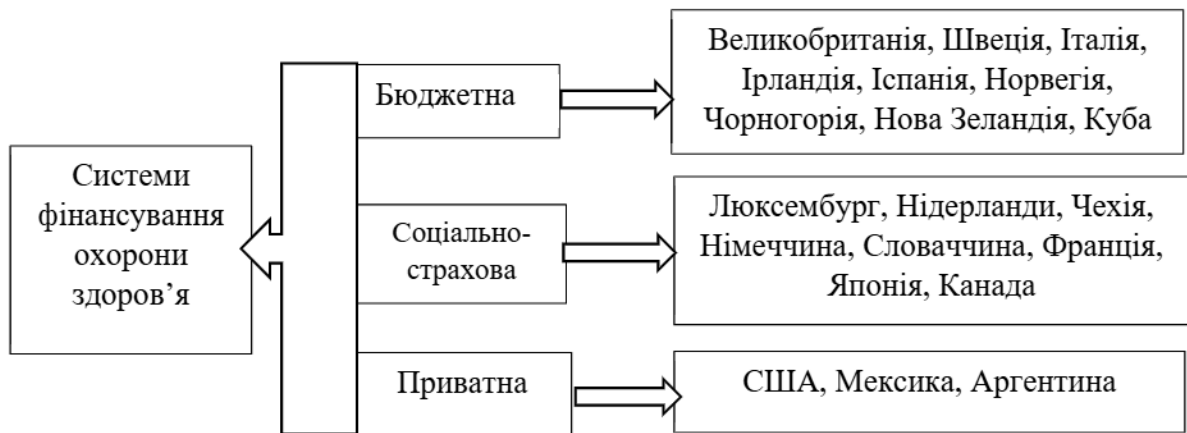


Рис.1 Класифікація систем фінансування охорони здоров'я

Бюджетна система фінансування охорони здоров'я базується на загальних податкових доходах. До них відносяться: податки на прибуток, податки на додану вартість, прибутковий податок і інші. Податки поступають до державного або муніципального бюджету, а потім розподіляються по різних галузях. Вирішальну роль при розподілі коштів мають бюджетні пріоритети, що склалися в країні.

Бюджетне фінансування базується на таких наукових принципах: безповоротність; безплатність; безстроковість; плановість; цільове спрямування; поєднання різних джерел покриття витрат; фінансування з бюджету здійснюється в міру виконання планів виробничих показників і надходження доходів; мінімізація витрат; кошти на проектування витрат виділяються лише з одного бюджету; фінансування бюджетних установ здійснюється на основі встановлених економічних нормативів; використання різних форм та методів бюджетного контролю [15].

Бюджетне фінансування охорони здоров'я може здійснюватися двома шляхами: шляхом прямих державних закупівель медичних послуг з подальшим їх безкоштовним розподілом серед населення. Такий шлях фінансування передбачався системою організації охорони здоров'я за моделлю Семашко і був



впроваджений в СРСР, країнах Східної та Центральної Європи до 1990 рр. . У відповідності до моделі Семашко, фінансування медичної допомоги здійснювалось за принципом постатейного кошторису доходів та витрат, який мав низку недоліків. Зокрема, виділення бюджетних коштів проводилось у відповідності до потужності закладу охорони здоров'я, не враховувалась якість медичної допомоги, адміністративний персонал не був мотивований до ефективного використання ресурсів. Незважаючи на формальну доступність медичної допомоги, модель фінансування медичної допомоги Семашка залишила негативний спадок в системі охорони здоров'я України, подолання якого потребує багатокрокового та тривалого реформування галузі [16-17].

Другим шляхом бюджетного фінансування є перерахування коштів з бюджету країни до національної медичної служби з єдиним платежем. Така система фінансування охорони здоров'я впроваджена в Великобританії, Швеції, Ірландії, Іспанії , Італії, Норвегії, Черногорії, Нової Зеландії, Куби та деяких інших країнах. Такий тип фінансування надання медичної допомоги базується на моделі Беверіджа, яка заснована на централізованій структурі управління системою охорони здоров'я через створення національних служб охорони здоров'я. За цією моделлю держава виступає як єдиний платник, що унеможливорює конкуренцію на ринку медичних послуг і забезпечує фіксовану вартість медичних послуг. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок оподаткування доходів громадян. Ключовим принципом такої моделі є гарантування державою права людини на отримання медичної допомоги та збереження здоров'я [18-19].

На основі вищезазначеної моделі відбувається реформування системи охорони здоров'я в Україні, в основу якої покладено створення Національної служби здоров'я України, яка фінансується за рахунок надходжень з бюджету країни.

Англія, Шотландія, Уельс та Північна Ірландія перейшли фінансове управління системою охорони здоров'я Національною службою охорони здоров'я (NHS) у 1948 році. Регіональні служби охорони здоров'я



організуються та управляються регіональними та місцевими органами державної влади. Лікарі первинної медичної допомоги отримують відшкодування за рахунок подушної оплати, плати за послуги та інших видів відшкодування. Лікарні отримують асигнування від районних органів охорони здоров'я, а медичний персонал лікарень отримує заробітну плату. NHS підзвітна парламенту та фінансується переважно за рахунок податків [20-21].

NHS поєднує універсальне державне покриття широкого спектру медичної допомоги з відносно невеликим паралельним приватним сектором, який спеціалізується переважно на вузькому колі планових процедур, який в останні роки складає біля 15 % від загальних витрат на медичну допомогу в країні [22]. Після десятиліття зростання наразі спостерігається тенденція, за якої фінансування NHS нижче за рівень інфляції в країні, тому система охорони здоров'я Великої Британії переживає період стагнації або зниження фінансування, тоді як попит на медичні послуги продовжує зростати. Пацієнти стикаються зі довготривалими списками очікування, мають обмежений вибір у лікарнях та стикаються зі збільшенням бюрократії щодо управління постачальниками первинної медичної допомоги з боку NHS [19, 23]. Оскільки Україна в реформуванні системи охорони здоров'я обрала фінансову модель аналогічну британській, то потрібно враховувати не тільки її переваги, проте й недоліки. А саме те, що в разі надзвичайних ситуацій, обумовлених або військовою агресією, або кризою здоров'я, пов'язаною з епідеміологічною ситуацією (наприклад, пандемія COVID-19 2019-2021pp.) попит на медичні послуги може значно зростати. При цьому, фінансування медичної допомоги може скорочуватись, оскільки зменшуються доходи населення та відрахування до державного бюджету.

Порівняльний аналіз джерел фінансування в різних країнах представлено в табл.1

Соціально-страхова система фінансування охорони здоров'я реалізується через системи, засновані переважно на цільовому внеску: внеску на обов'язкове



медичне страхування або єдиного внеску на соціальне страхування (єдиний соціальний податок).

Таблиця 1

Джерела фінансування систем охорони здоров'я в різних країнах світу, (%)

Країна	Державне фінансування	Обов'язкове медичне страхування	Інші джерела фінансування
Австрія	33.1	43.5	23.3
Бельгія	18.4	56.2	26.4
Болгарія	15.4	47.7	37.0
Боснія та Герцеговина	2.9	65.7	31.4
Великобританія	98	0	2
Греція	28.6	32.3	39.1
Данія	83.3	0	16.7
Естонія	9.0	66.9	24.2
Італія	72.9	0.2	26.9
Ірландія	76.0	0.6	23.4
Ісландія	83.6	0	16.4
Іспанія	69.5	3.7	26.8
Кіпр	19.7	57.1	23.2
Латвія	59.6	0	40.4
Ліхтенштейн	18.0	51.1	31.0
Литва	7.1	60.2	32.7
Люксембург	6.9	70.7	14.4
Мальта	66.0	0.1	34.0
Молдова	3.5	67.1	29.4
Нідерланди	8.1	74.6	17.3
Німеччина	7.9	78.0	14.1
Норвегія	85.7	0	14.3
Польща	11.0	66.6	22.4
Португалія	68.9	2.7	38.5
Румунія	14.3	61.9	23.8
Сербія	3.4	63.0	33.6
Словаччина	4.0	76.0	21.1
Словенія	8.8	64.8	26.4
США	27	0	73
Угорщина	11.6	62.1	26.3
Фінляндія	68.7	12.3	19.0
Франція	4.4	80.0	15.6
Хорватія	7.6	77.4	15.1
Швейцарія	22.9	44.6	32.6
Швеція	86.1	0	13.9
Чорногорія	68.6	0.8	30.6
Чехія	11.9	72.7	15.5

Джерело: складено за даними [24-25]



Переважно страховою системою фінансування медичної допомоги виступає Німецька система охорони здоров'я, яка базується на моделі соціального страхування або Бісмарка. Медичне страхування забезпечується двома різними системами: державним медичним страхуванням та приватним медичним страхуванням. Державне медичне страхування є найпоширенішим варіантом, за допомогою якого забезпечується надання медичної допомоги майже 90 відсоткам населення. Державні фонди медичного страхування та приватне страхування охоплюють усе населення. Платежі роботодавців та найманих працівників фінансують ці фонди медичного страхування, а система приватного медичного страхування орієнтована на самозайнятих осіб [19]. Контроль над фінансовими ресурсами та витратами на охорону здоров'я є фрагментованим, оскільки центральний уряд Німеччини не відповідає за управління витратами на охорону здоров'я. Фінансами керують фонди медичного страхування, а їхня діяльність регулюється законом, що гарантує стабільність чинної системи охорони здоров'я та пропонує систему соціального захисту для найбільш вразливих верств населення. Виплати постачальникам медичних послуг узгоджуються між фондами медичного страхування та постачальниками медичних послуг [26].

Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Німеччині є найвищими серед країн ЄС і становили 5 414 євро у 2023 році. У тому ж році державне фінансування через систему державного медичного страхування становило 86% від загальних витрат на охорону здоров'я. Платежі з власної кишені та витрати на медичну допомогу через систему приватного медичного страхування становила 11% від загальних витрат на охорону здоров'я. Для порівняння, загальний середній показник оплати приватних медичних послуг по ЄС був значно вищим та становив 16% [27].

У більшості країн Східної Європи, ці системи набули поширення у формі поєднання страхового і бюджетного фінансування, тобто функціонують як бюджетно-страхові системи.



При обов'язковому медичному страхуванні страхові фонди формуються на трибічній основі: за рахунок цільових внесків працедавців; за рахунок цільових внесків працівників; субсидій держави із загальних бюджетних надходжень.

Муніципальні або центральні власті встановлюють податок на охорону здоров'я (зазвичай 6-11% від фонду заробітної плати), який в основному поступає в казну території. Для працівників бюджетних організацій та громадян, які не працюють держава виділяє дотацію, яка є частиною або прибуткового податку, або податку до пенсійного фонду, або податку на соцстрахування. Ці джерела підсумовуються, і кошти поступають в медичні страхові компанії. Величина надходжень залежить від числа застрахованих страховою компанією. Таким чином, при фінансуванні медичної допомоги через систему обов'язкового медичного страхування кожне функціонуюче підприємство автоматично бере участь у формуванні фондів охорони здоров'я.

Визначення необхідного розміру страхових тарифів із обов'язкового медичного страхування надзвичайно важливе для формування і використання фондів страхування, їх подальшого розподілу і перерозподілу.

Фінансування системи охорони здоров'я через фонди медичного страхування притаманне для декількох інших країн ЄС. А саме: Нідерландам, Словачії, Боснії та Герцеговини, Молдові та Сербії. Механізм фінансування системи охорони здоров'я при впровадженні обов'язкового медичного страхування має певні особливості в кожній країні та може впроваджуватись як через систему лікарських фондів, так і національними страховими медичними компаніями.

Прикладом фінансування обов'язкового медичного страхування через мережу лікарських фондів можуть бути Нідерланди. 74.6% населення країни отримують медичну допомогу за рахунок базового медичного страхування через мережу лікарських фондів, 17.3% коштів на надання медичної допомоги поступає або з приватних страхових компаній або інших джерел фінансування. Крім того, держава покриває 8.1% коштів на надання медичної допомоги населенню (табл.1). При такій системі фінансування відповідальність держави за



стан охорони здоров'я зберігається, але багато управлінських функцій щодо надання медичної допомоги переходять до страхових компаній [28].

В Молдові кошти на обов'язкове медичне страхування акумулюються єдиному фонді - Національній медичній страховій компанії, яка укладає договори з різними закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги громадянам країни. Фонд обов'язкового медичного страхування формується за рахунок внесків із заробітної плати працюючого населення, трансфертів з національного бюджету для покриття витрат на непрацююче населення та прямих виплат від самозайнятого населення [29-30].

Таким чином, при фінансуванні надання медичної допомоги через обов'язкове медичне страхування участь держави приймає м'якші регулюючі форми, а лікувально-профілактичні заклади не завжди належать державі. Проте, системи обов'язкового медичного страхування також є державними системами фінансування, оскільки: внески працедавців і працівників носять обов'язковий характер і приймають форму особливого податку на заробітну плату; надходження від внесків є хоча і відособленими, але все таки частиною державних фінансів, тому вони контролюються державою; держава регулює багато елементів цієї системи: ставки внесків, ціни на медичні послуги, договірні відносини між страховиком і медичним закладом, розмір гарантованого обсягу медичної допомоги.

Приватна система фінансування охорони здоров'я ґрунтується на добровільному (приватному) медичному страхуванні та безпосередній оплаті медичної допомоги споживачами медичної допомоги або роботодавцями та характеризується ознаками, визначеними на рис.2.

В чистому вигляді приватна система фінансування не функціонує ні в одній з національних систем охорони здоров'я через притаманні їй негативні чинники: високу вартість медичної допомоги та недоступність для значних верств населення; недостатню профілактичну спрямованість. При цьому приватні компанії медичного страхування не мають стимулів для підвищення ефективності своєї діяльності та зазвичай несуть вищі адміністративні витрати,



ніж суб'єкти системи державного медичного страхування.

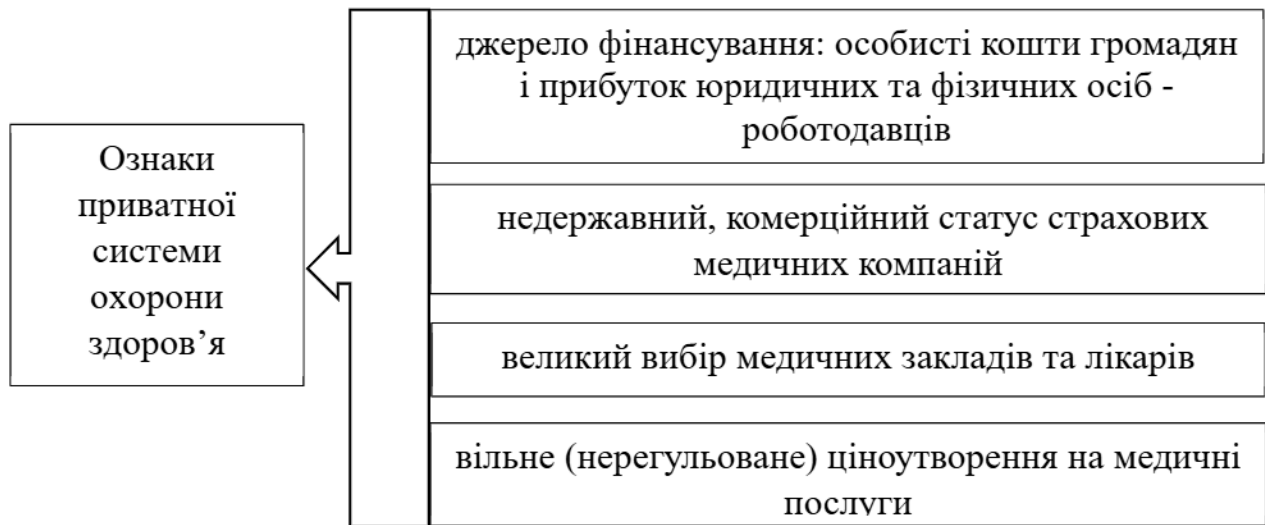


Рис.2 Ознаки приватної системи охорони здоров'я (розроблено авторами)

Приватна система охорони здоров'я найбільшою мірою переважає в США та характеризується децентралізованістю, відсутністю регулювання з боку держави та високим розвитком інфраструктури страхових організацій, яка формується з центрального страхового фонду та мережі 1500 приватних страхових компаній. Дві найпотужніші страхові компанії "Синій Хрест" та "Синій Щит" орієнтують свою діяльність на добровільне медичне страхування та охоплюють 73% населення країни. Поралено з системою приватного медичного страхування в США функціонують дві урядові програми, які фінансуються з державного бюджету: "Медікер" (для медичної допомоги літнім - після 65 років) та "Медікейд" (для безробітних, незаможних і деяких груп інвалідів) [25,31].

Крім США, значний відсоток громадян Болгарії, Греції, Латвії, Литви, Мальти, Португалії сплачують медичні послуги через добровільне медичне страхування або шляхом безпосередньої оплати з кишені. Проте, в цих країнах існує динаміка щодо збільшення кількості громадян, які отримують медичну допомогу через систему обов'язкового медичного страхування.

На сьогодні жодна з країн при фінансуванні медичної допомоги громадянам не притримується однієї моделі в її чистому вигляді. Переважна



більшість країн охоплюють три цілі для фінансування системи охорони здоров'я: рівність доступу, доступне обслуговування та ефективні результати. Системи охорони здоров'я розвиваються в результаті збіжних потоків політичного та економічного впливу. Більшість національних систем охорони здоров'я зазнали суттєвих реформ, оскільки уряди намагаються збалансувати ресурси між приватними та державними потоками доходів з попитом на медичні послуги.

Такі реформаторські зусилля є спробою зберегти найкращі елементи існуючих систем, одночасно вибірково адаптуючи методи та процеси, які вже показали позитивний досвід в інших країнах.

Висновки. Беручи до уваги вищенаведений аналіз систем управління фінансуванням охорони здоров'я можна зробити висновок, що історично було сформовано три моделі : бюджетна (на основі систем Семашка та Беверіджа); соціально-страхова (на основі системи Бісмарка) та приватна (на основі приватного або добровільного медичного страхування, оплати медичних послуг з власної кишені громадян). Проте, наразі жодна з національних систем охорони здоров'я не фінансується з одного джерела, бо кожна система фінансування має свої переваги та недоліки і задовольняє певні верстви населення з різним рівнем доходу. Україна при реформуванні системи охорони здоров'я взяла за основу реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичної допомоги через Національну службу здоров'я України. Така система фінансування може мати як переваги, так і недоліки які спостерігаються при організації системи охорони здоров'я в Великобританії.

Список використаних джерел

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
2. Sloan F. A., Chee-Ruey Hsieh. Health economics. Mit Press, 2017. URL: https://sutlib2.sut.ac.th/sut_contents/H136057.pdf



3. Folland S., Goodman A. C., Stano M., Danagouliau S. The economics of health and health care. Routledge, 2024. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003308409>.
4. Ellis R. P., Chen T. X., Calvin E. L. Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. *Encyclopedia of Health Economics* / ed. A. Culyer. Amsterdam: Elsevier, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00905-6>.
5. Назаренко С. А., Хакало С. В. Зарубіжний досвід управління галуззю охорони здоров'я: перспективи для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 21. С. 313–318. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.21.313>.
6. Андрусів У. Я. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. № 150. С. 20–24. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/xmlui/handle/123456789/5356>
7. Лепетан І. М., Жарлінська Р. Г. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я: порівняння та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика і досвід*. 2025. № 3. С. 107–114. DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2024.2.03>.
8. Шелєміна Н. І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>.
9. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. № 24 (2). С. 40–45. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24\(2\)_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24(2)_11)
10. Соколенко Я. В., Харченко Ю. П. Основні аспекти розвитку механізмів публічного управління в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2024. № 12. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-12-02-05>.
11. Лопаткіна О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління і політика*. 2024. № 2. С. 21–28. DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2024.2.03>.



12. Hlushchenko H. Health Care Financing in Ukraine: Classification Systems and Financial Instruments. *Philosophy and Governance*. 2025. № 7-8 (11-12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.11>.
13. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 1 (25). С. 151–158. DOI: [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1\(25\)-151-158](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1(25)-151-158).
14. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2024. URL: <http://apps.who.int/iris>
15. Буздуган Я. М. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Віче*. 2008. № 9–10. С. 26–28. URL: <https://veche.kiev.ua/journal/960/>
16. Голінський М. О. Система Семашка та її негативні наслідки для української системи охорони здоров'я. *Магістерські студії. Альманах*. Херсон : ХДУ, 2025. Вип. 25. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/21782>
17. Лехан В., Гінзбург В., Борвінко Е. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 61 (4). С. 99–105. URL: <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/99>
18. Філіпова Н. В., Левчук Ю. М. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2024. № 11. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07>.
19. Kulesher R., Forrestal E. R. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014. Vol. 3, no. 4. P. 127–139. DOI: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127>.
20. Klein R. Comparing the United States and United Kingdom: contrasts and correspondences. *Health Economics, Policy and Law*. 2012. № 7 (4). P. 385–391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133112000199>.



21. Bevan G., Brown L. D. The political economy of rationing health care in England and the US: the ‘accidental logics’ of political settlements. *Health Economics, Policy and Law*. 2014. № 9 (3). P. 273–294. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133114000127>.
22. North J. Private Health Insurance: History, Politics and Performance / ed.: S. Thomson, A. Sagan, E. Mossialos. Cambridge University Press, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781139026468>.
23. Reshota N. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. *Ingenius*. 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny>
24. Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme. *Eurostat. Statistics Explained*. 2025. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme
25. Gaffney A., Woolhandler S., Himmelstein D., McCormick D. Health care in the USA: money has become the mission. *The Lancet*. 2025. Vol. 406. P. 2588–2600. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01669-1).
26. Simonet D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2010. № 23 (5). P. 470–488. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011050510>.
27. State of Health in the EU: Germany Country Health Profile. *OECD and European Observatory on Health Systems and Policies*. 2025. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/germany_51f2550b/a5911973-en.pdf
28. Медичне страхування в Нідерландах. *Insurance TOP*. 2025. URL: <https://insurancetop.com/markets/3>
29. Health Systems in Action: Republic of Moldova. *European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization*. 2022. URL: <https://a-economics.com.ua/index.php/home/about>



<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9ec634de-9bf1-4b32-a356-3f7ad9db2c99/content>

30. Turcanu G., Domete S., Buga M., Richardson E. Republic of Moldova: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012. № 14 (7). P. 1–151. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/65ff94ec-489f-487d-9f9a-58dba333573f/c>

31. Dickman S. L., Himmelstein D. U., Woolhandler S. Inequality and the health-care system in the USA. *Lancet*. 2017. № 8. P. 1431–1441. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30398-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30398-7).