

**Володимир Горин**

д.е.н., професор, професор кафедри фінансів ім. С. І. Юрія,  
Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль

**Світлана Савчук**

к.е.н., доцент, доцент кафедри фінансів ім. С. І. Юрія,  
Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль

**Віктор Борис**

студент гр. ФФзм-21,  
Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Реалізація конституційно визначеного права людини на доступ до якісної медичної допомоги зумовлює проведення державної політики, спрямованої на реформування чинної системи охорони здоров'я, розбудову спроможної моделі її фінансування. Наукові дослідження стверджують, що в сучасних умовах рівень суспільного фінансування охорони здоров'я значно нижчий за аналогі європейських країн, однак особливістю вітчизняної моделі є високий рівень тіньових платежів за надані медичні послуги. З урахуванням цих коштів рівень фінансування галузі охорони здоров'я наближається до середньоєвропейських параметрів, але відбувається порушення конституційно визначеного принципу рівності доступу до медичних послуг усіх верств населення [4]. Вирішити ці проблеми може допомогти ґрунтовне вивчення зарубіжного досвіду організації фінансування охорони здоров'я, що дасть можливість виправити недоліки вітчизняної практики. Накопичений досвід різних країн у царині фінансування охорони здоров'я свідчить, що головним моментом у розбудові успішної моделі фінансового забезпечення галузі є орієнтація на ефективне використання коштів, забезпечення зв'язку між обсягами ресурсів та результатами роботи.

Зарубіжна практика фінансування охорони здоров'я пройшла складний шлях еволюції впродовж багатьох століть, внаслідок чого розвинені країни змогли вибудувати національні моделі фінансування медичних послуг, які враховують національні традиції, особливості економічного розвитку та інші чинники. Головними завданнями при розбудові цих моделей фінансування були максимізація залучення населення до медичного обслуговування, поєднання різних джерел та каналів надходження фінансових ресурсів, раціоналізація механізмів їхнього розподілу та використання з метою якомога повнішого задоволення потреб суспільства у різних видах медичної допомоги. Відповідно, у розбудові національних моделей фінансування охорони здоров'я отримують застосування такі методи формування фінансових ресурсів:

– страховий метод, який може функціонувати у формах добровільного та обов'язкового медичного страхування. Добровільне страхування будується на основі страхових внесків, які сплачують фізичні та юридичні особи, що мають намір застрахувати своє здоров'я від дії ризиків різного характеру впливу та

походження; особливість обов'язкового медичного страхування у тому, що страхові внески сплачують роботодавці та наймані працівники, не залежно від їхнього бажання брати участь у страховому захисті. Нерідко додаткові внески до системи обов'язкового медичного страхування здійснює держава. Одним із важливих моментів функціонування обов'язкового медичного страхування є пропорції розподілу відповідальності за сплату страхових внесків. В одних країнах фіскальне навантаження зміщене на користь роботодавців, однак в більшості держав встановлено паритет між фінансовим внеском роботодавців і найманих працівників. Медичне страхування відіграє роль провідного методу фінансового забезпечення охорони здоров'я таких країн, як Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Нідерланди та ін.;

– метод бюджетного фінансування, який передбачає покриття усіх витрат на надання медичної допомоги населенню за рахунок коштів бюджетів різного рівня. В залежності від пропорцій розподілу відповідальності за фінансування потреб галузі охорони здоров'я, розрізняють такі різновиди цього методу, як: з превалюванням державного фінансування, коли основу фінансових ресурсів охорони здоров'я складають кошти державного бюджету; муніципальна модель, де основне навантаження з фінансування медичних послуг покладене на бюджети низового рівня (муніципалітетів, громад); змішана модель, коли фінансування медичних послуг передбачає поєднання ресурсів державного та місцевих бюджетів у певній пропорції (відповідно до розподілу повноважень за покриття певних видів витрат). Бюджетне фінансування формує основу фінансової моделі охорони здоров'я у таких країнах, як Великобританія, Швеція, Італія, Данія та ін. У більшості випадків, провідну роль у фінансуванні охорони здоров'я відіграють ресурси державного бюджету, проте в окремих країнах (Алжир) основне навантаження покладене на муніципалітети [3; 5];

– прямі платежі населення за отримані медичні послуги та медикаменти. В більшості національних моделей фінансування охорони здоров'я певну частину витрат на медичні послуги населення покриває самостійно. Причиною цього є нестача фінансових ресурсів, які акумулюють страхові механізми, а також бюджетних коштів для повноцінного покриття усіх витрат на надання медичних послуг. Окремим видом методу прямої оплати є формування накопичувальних фондів на покриття медичних витрат, кошти яких надходять на оплату вартості медичних послуг за необхідності. Необхідно відмітити, що в сучасних умовах серед розвинених країн з ринковою економікою немає жодної, де б переконливо домінували прямі платежі населення у фінансуванні послуг охорони здоров'я. Навіть у США, де охорону здоров'я розглядають як звичайну галузь економіки, що функціонує на ринкових засадах, вагому роль у покритті витрат на надання медичних послуг населенню відіграють державні програми медичного страхування Medicare та Medicaid, орієнтовані на певні категорії громадян.

Фінансова модель охорони здоров'я у кожній країні має свої особливості. Однак загалом відповідно до превалювання певного методу при формуванні фінансових ресурсів цієї галузі соціальної сфери у світовій практиці виділяють кілька основних моделей фінансування охорони здоров'я:

– бюджетна модель або модель Беверіджа (бюджетного фінансування охорони здоров'я), за якої головним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси державного та місцевих бюджетів. Рівень суспільних витрат на охорону здоров'я у країнах цієї моделі складає від 7,5% до 10,5% від ВВП;

– страхова модель або модель Бісмарка (модель фінансування охорони здоров'я, базована на страхуванні), за якої основним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси системи медичного страхування. Рівень суспільних витрат на охорону здоров'я в країнах цієї моделі складає від 10,5% до 11,5% від ВВП;

– приватна модель фінансування охорони здоров'я (модель переваги споживачів) передбачає кошти фізичних і юридичних осіб як провідне джерело фінансування медичних послуг. Для моделі неможливо визначити середній рівень суспільних витрат на охорону здоров'я, він коливається від 8% до 17% від ВВП в залежності від специфіки ринку медичних послуг.

Основні характеристики найважливіших моделей фінансування охорони здоров'я представлені у табл. 1. Однак, жодну із цих моделей не доцільно визначати як універсальну й таку, що найбільше підійде для впровадження у нашій країні. Більш того, немає країни, у якій була б представлена одна із цих моделей у «чистому» вигляді, без елементів інших моделей. Зокрема, навіть у країнах із переважно бюджетним фінансуванням медичних послуг розвивається добровільне медичне страхування, за рахунок якого громадяни покривають свої витрати на медичні послуги понад гарантований державою обсяг. Подібно до цього, при розвиненому обов'язковому медичному страхуванні держава часто субсидує галузь охорони здоров'я, надаючи бюджетні трансферти для покриття певних видатків або реалізації проектів розвитку. І навіть у країнах з приватною охороною здоров'я все ж функціонують певні механізми забезпечення доступу до медичних послуг для тих громадян, які не мають можливості їх оплатити з власних коштів.

В основу бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я, або моделі Беверіджа, покладені наступні риси: загальна доступність медичних послуг для усіх громадян, незалежно від їхнього внеску у формування фінансових ресурсів на їхнє надання; бюджетні ресурси на надання медичних послуг формуються за рахунок цільових фіскальних платежів або загальних доходів бюджетів різного рівня (державного, регіональних та місцевих); особлива увага до планування витрат на надання медичних послуг, жорсткий контроль органів державного регулювання за розподілом коштів між провайдерами медичних послуг та їхнім цільовим використанням; наявність кореспонденції між кількістю пацієнтів, яким надані медичні послуги та обсягами фінансування.

У державах з бюджетною моделлю фінансування охорони здоров'я на бюджетні ресурси припадає близько 80-85% усіх ресурсів галузі, решту коштів покривають системи добровільного медичного страхування (близько 1/10) та власні кошти реципієнтів медичних послуг. Відповідно до цієї структури фінансування, головне місце серед провайдерів медичних послуг займають заклади охорони здоров'я державної та комунальної власності, однак приватні

медичні заклади забезпечують конкурентне середовище у галузі. Вони також мають можливість отримувати бюджетні компенсації за надані медичні послуги для населення.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика основних моделей  
фінансування охорони здоров'я**

Модель	Бюджетна або модель Беверіджа	Страхова або модель Бісмарка	Приватна модель
Особливості	Система охорони здоров'я до 90% фінансується із бюджету за рахунок фіскальних платежів. Модель характеризується високою роллю держави, ринок відіграє другорядну роль і, як правило, жорстко контролюється державою	Медична галузь фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і державних субсидій. Дана модель поєднує ринок медичних послуг та розвинену систему державного регулювання і соціальних гарантій; медична допомога доступна для всіх верств населення	У даній моделі фінансування медичного обслуговування здійснюється здебільшого за рахунок власних коштів споживачів медичних послуг
Джерела фінансування	Кошти бюджету	Кошти обов'язкового медичного страхування (близько 60%), кошти добровільного медичного страхування (до 10%), кошти бюджету (до 15%), особисті кошти пацієнтів (до 15%)	Кошти приватних страхових фондів (близько 40%), власні кошти громадян (до 20%), кошти державних програм для літніх і незабезпечених громадян (до 40%)
Країни-представники	Великобританія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія	Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Японія	США, Ізраїль, Південна Корея

Джерело: побудовано на основі [2, с. 46].

Хоча модель Беверіджа забезпечує найвищий рівень доступності послуг охорони здоров'я для населення через відсутність фінансових чи будь-яких інших обмежень, її головними недоліками є: високий рівень залежності від можливостей бюджетної системи, що знижує фінансову стійкість цієї системи; високі втрати на адміністрування системи охорони здоров'я та ускладнений процес ухвалення рішень, що традиційно характерне для галузей публічного сектору; недостатня мотивація до підвищення якості медичних послуг, адже більшість закладів охорони здоров'я функціонують на неприбуткових засадах. Крім цього, через обмеженість бюджетних ресурсів, для цієї моделі охорони здоров'я характерні такі явища, як черги на отримання медичних послуг, які можуть сягати від кількох днів до тижнів і навіть місяців.

В основу страхової моделі фінансування охорони здоров'я (моделі Бісмарка) покладені принципи солідарності й страхування. Фінансові ресурси на надання медичних послуг формуються у формі страхових медичних фондів за рахунок страхових внесків від роботодавців і найманих працівників, розміри яких залежать від рівня оплати праці. Для тих осіб, які забезпечують себе роботою самостійно, страхові внески визначаються на підставі їхніх доходів від надання послуг чи

здійснення інших видів професійної діяльності. В більшості країн з цією моделлю (зокрема, Німеччині, Бельгії та ін.) відповідальність за сплату страхових внесків розділена паритетно між роботодавцем і працівником, однак у Франції на роботодавців покладено більшу частину фіскального навантаження.

Хоча основу фінансових ресурсів охорони здоров'я за моделі Бісмарка складають страхові накопичення, держава надає додаткове фінансування галузі для підтримання її у стані фінансової стабільності. Кошти держави також призначені для того, щоб гарантувати доступ до мінімального пакету медичних послуг для усіх громадян, не залежно від їхньої участі у системі обов'язкового медичного страхування. Цей пакет «забезпечується державними стандартами медичного обслуговування, а також унормуванням механізму ціноутворення на медичні послуги і системою взаєморозрахунків між державними органами охорони здоров'я та фондами обов'язкового медичного страхування» [1, с. 22]. Відтак, за рахунок обов'язкового страхування забезпечується покриття 3/4 від загальної потреби у фінансових ресурсах на надання медичних послуг, решту покривають надходження з бюджету, від добровільного медичного страхування та з інших джерел.

Важливою перевагою страхової моделі фінансування охорони здоров'я є порівняно нижчі витрати на її адміністрування. Управління страховими фондами здійснюється на паритетних засадах державою та представниками учасників страхування, вони є незалежними від органів публічної влади. Для цієї моделі характерна організація і державне регулювання ринку медичного страхування, внаслідок чого задіяні елементи конкуренції між страховими компаніями, але вони не мають негативного впливу на рівень доступності страхового захисту для вразливих верств населення. Завдяки продуманій організації, медичним страхуванням охоплене майже все населення країн, де функціонує страхова модель охорони здоров'я. Виняток складають найбільш заможні громадяни, які мають право залишити систему обов'язкового медичного страхування при умові участі у добровільному медичному страхуванні на комерційних засадах. Такий підхід до розподілу учасників страхування працює у Нідерландах, тоді як у Німеччині заможні верстви населення на законодавчому рівні виключені із системи обов'язкового медичного страхування (а для найманих працівників воно є обов'язковим) [8, с. 111].

В основу приватної моделі фінансування охорони здоров'я (модель переваги споживача) покладене медичне підприємництво, що передбачає існування висококонкурентного ринку медичних послуг, які надають приватні провайдери. Джерелом покриття витрат на медичні послуги є власні кошти населення, а також ресурси добровільного медичного страхування. У цій моделі державне регулювання ринку медичних послуг має обмежений характер, що зумовлює постійне зростання вартості як самих послуг охорони здоров'я, так і витрат на адміністрування. Роль держави у цьому випадку обмежується лише забезпеченням медичним страхуванням окремих категорій населення, які не мають можливості самостійно оплачувати медичні послуги – безробітних осіб, малозабезпечених та ін. Особливістю цієї моделі є також висока питома вага фінансових ресурсів

структур громадянського суспільства у сукупних витратах на охорону здоров'я, адже не рідкістю є медичні заклади, які утримуються за рахунок коштів благодійних фондів, релігійних общин, громадських організацій та інших структур. Проте, основне значення все ж мають приватні заклади охорони здоров'я, які функціонують на засадах комерційного розрахунку.

У наукових колах приватну модель фінансування охорони здоров'я визначають як контраверсійну, адже з одного боку, вона забезпечує високу якість медичних послуг, постійне оновлення медичних технологій, стимули для підвищення професійного рівня медичного персоналу, але з іншого боку, її вагомими недоліками є висока вартість медичного обслуговування і обмеження доступу до нього для значної частини населення. Функціонування медичного страхування на комерційних засадах призводить до того, що страхові компанії зацікавлені у здорових, молодих і заможних клієнтах, а бідні та схильні до захворювань особи не можуть отримати належного страхового захисту на випадок захворювання. Для приватної моделі характерна невиправдано висока вартість медичних послуг, що є наслідком слабкості державного регулювання цього сегменту економіки. Тому ця модель є дискримінаційною щодо значної частини громадян, позбавляючи їх доступу до медичних послуг.

Аналіз ключових характеристик світових моделей фінансування охорони здоров'я засвідчує, що в нашій країні після медичної реформи розвивається бюджетна модель (модель Беверіджа), однак добровільне медичне страхування, на відміну від інших країн з превалюванням бюджетного фінансування послуг охорони здоров'я, не має помітного впливу на формування ресурсів галузі. За оцінками експертів, навіть після реформування охорони здоров'я, покликаного посилити зв'язок між обсягами фінансування та показниками надання медичних послуг, вітчизняна медична система залишається вразливою до погіршення ситуації у сфері публічних фінансів. В умовах жорсткого дефіциту бюджетних ресурсів найкращим варіантом було б реформування системи охорони здоров'я у контексті переходу до страхової моделі її функціонування, а бюджетні кошти мають відігравати роль додаткового джерела ресурсів для реалізації цільових програм у галузі охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел:**

1. Андрусів У. Я., Юрченко Н. Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. № 150. С. 20-24.
2. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1 (27). С. 45-50.
3. Гончаренко І. В. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України. *Вісник аграрної науки Причорномор'я*. 2013. Вип. 1. С. 26–34.
4. Горин В. П. Концептуальні засади фінансового забезпечення соціальних гарантій. *Світ фінансів*. 2019. Вип. 3 (20). С. 97-106.
5. Забаштанський М. М., Коваль С. Л. Державно-приватне партнерство як

інструмент фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я.  
*Ефективна економіка.* 2023. № 3.  
<https://www.nauka.com.ua/index.php/ee/article/view/1269/1278>. DOI:  
<http://doi.org/10.32702/2307-2105.2023.3.12>

6. Зюзін В. О. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я та українські реалії. *Науковий погляд: економіка та управління.* 2019. № 3 (65). С. 219-227.
7. Коваль С. Л. Система державного соціального страхування: досвід України та Німеччини. *Світ фінансів.* 2018. № 2 (55). С. 67–77.
8. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право.* 2019. № 2. С. 110–114.
9. Соціальне страхування: підруч. / за ред. О. П. Кириленко та В. С. Толуб'яка. Тернопіль: Екон. думка ТНЕУ, 2016. 516 с.