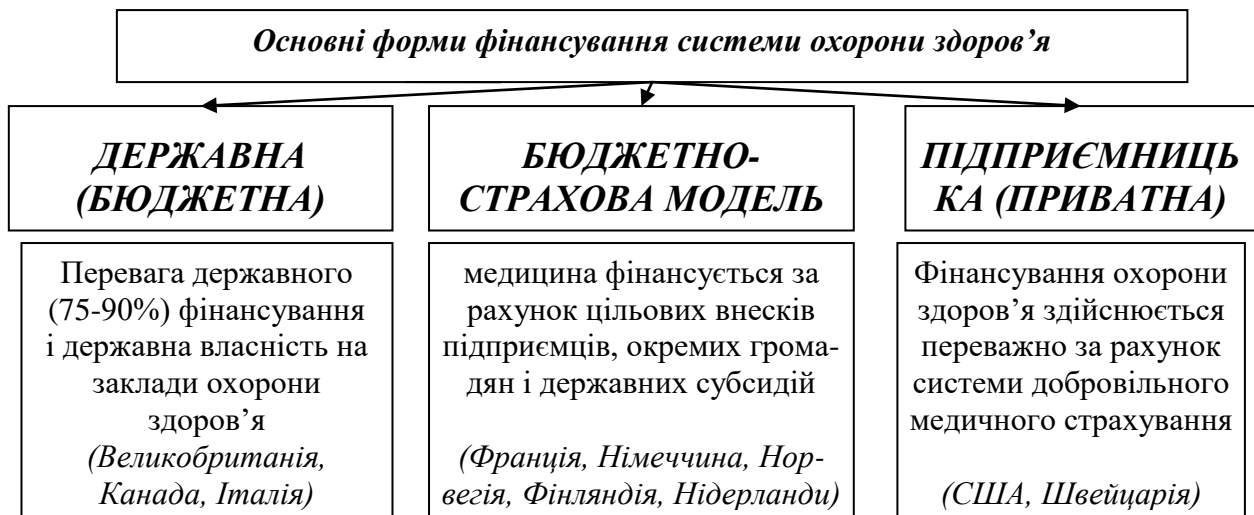


**Онуфрик Олег Ігорович, магістрант,**  
**Сабецька Тетяна Ігорівна, к.е.н.,**  
доцент кафедри гуманітарних і  
фундаментальних дисциплін

## **ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

В умовах сьогодення вибір моделі фінансування системи охорони здоров'я є важливою складовою стратегії розвитку кожної держави, адже збереження життя та здоров'я людини – це одна із найважливіших цінностей демократичного суспільства. Фінансування медичної системи повинно здійснюватися таким чином, щоб кожен громадянин отримував рівні можливості доступу до якісних медичних послуг.

У сучасній науковій літературі можна знайти різноманітні погляди на класифікацію форм та моделей фінансування системи охорони здоров'я, проте більшість авторів схиляється до виокремлення трьох основних, так званих “класичних” моделей фінансування медичної галузі: державної, бюджетно-страхової і підприємницької або приватної (рис. 1).



**Рис. 1. Основні форми фінансування системи охорони здоров'я у світі**

*Примітка. Систематизовано авторами на основі [3].*

Характерною рисою державної (бюджетної) моделі фінансування системи охорони здоров'я або так званої моделі Беверіджа є переважання державного фінансування витрат на охорону здоров'я, яке за різними оцінками складає близько 75-90%. Батьківщиною моделі Беверіджа є Великобританія, а її становлення пов'язане з іменем видатного британського політика У.Беверіджа, який у 1942 р. заклав основи функціонування сучасної системи охорони здоров'я Великобританії, заснованої на бюджетному фінансуванні [2, с. 114].

Серед ключових переваг державної моделі фінансування медицини слід відзначити її орієнтацію на створення рівних умов доступу громадян до отримання медичної допомоги. Так, основними недоліками державної моделі

фінансування охорони здоров'я є:

- фінансування системи охорони здоров'я є дещо обмеженим у зв'язку з недостатніми можливостями державного бюджету;
- існування єдиного джерела фінансування медичної галузі, яке не завжди є достатнім, не дозволяє забезпечити доступність медичних послуг для всіх категорій та соціальних верств населення;
- оскільки держава гарантує безоплатність медичних послуг, виникає підвищений і часто необґрунтований попит на них, який потрібно обмежувати;
- так як на ринку медичних послуг немає конкуренції, державні медичні заклади не мають дієвих стимулів до підвищення якості медичних послуг, що загалом гальмує інноваційний розвиток медицини.

Бюджетно-страхова система охорони здоров'я (так звана модель Бісмарка) фінансується за рахунок коштів створених державою страхових фондів. Фінансові надходження цих страхових фондів формуються за рахунок цільових внесків підприємців, які розраховуються як відсоток від фонду оплати праці, а також внесків окремих громадян і державних субсидій. Бюджетно-страхова система фінансування охорони здоров'я успішно функціонує у таких країнах як Франція, Німеччина, Норвегія, Фінляндія та Нідерланди.

Аналіз особливостей бюджетно-страхової системи фінансування сфери охорони здоров'я дозволяє виявити такі основні переваги [1]:

- майже усі громадяни беруть участь у системах загальнообов'язкового медичного страхування, що гарантує їм на випадок хвороби отримання безкоштовної медичної допомоги;
- за рахунок існування системи додаткового приватного медичного страхування створені можливості для отримання громадянами додаткових медичних послуг;
- окрім цього система приватного медичного страхування забезпечує адресність медичної допомоги у разі настання страхового випадку. Одночасно моделі Бісмарка притаманні й ряд недоліків, зокрема:
- виникає необхідність жорсткого державного контролю за діяльністю приватних структур у секторі приватного медичного страхування;
- можливості держави не завжди є достатніми для забезпечення достойного рівня фінансування витрат на медичне обслуговування населення.

Приватна (підприємницька) модель фінансування охорони здоров'я ґрунтується на засадах ринкової економіки та приватного підприємництва, в її основі лежить система добровільного медичного страхування. Суть цієї системи полягає у придбанні громадянами медичних страхових полісів у приватних страхових компаній та наданні платних медичних послуг закладами охорони здоров'я, вартість яких відшкодовується за рахунок страхових полісів. Участь держави у фінансуванні медицини є обмеженою та мінімальною.

Окрім добровільного медичного страхування функціонують, як правило, державні програми надання медичної допомоги, наприклад загальнодержавна програма "Медікейр" у США, яка охоплює біля 10% громадян і розрахована переважно на людей похилого віку, непрацездатних осіб та сім'ї з низьким

рівнем доходу.

Ключовою перевагою системи охорони здоров'я, які фінансуються за приватною (підприємницькою) моделлю, є висока якість медичного обслуговування, створення широких можливостей для функціонування високотехнологічних клінік з кваліфікованим медичним персоналом, інтенсивний розвиток інновацій, профілактика здорового способу життя, що дозволяє знизити рівень захворюваності та витрат на медичне обслуговування.

До недоліків приватної (підприємницької) моделі фінансування системи охорони здоров'я можна віднести наступні:

- по-перше, держава в рамках виконання соціальних функцій прагне різними способами впливати на діяльність приватних страхових компаній та контролювати рівень цін на медичні послуги,
- по-друге, обсяги та якість медичної допомоги залежать від розміру грошових коштів, які пацієнт має змогу витратити на лікування, а тому постійне зростання вартості програм медичного страхування призводить до неможливості їх оплати окремими категоріями громадян, відтак якісна медична допомога стає недоступною для найбільш вразливих верств населення.
- по-третє, через високу вартість програм медичного страхування вони є недоступними для малозабезпечених громадян.

Отже, проведені дослідження передового зарубіжного досвіду фінансування систем охорони здоров'я засвідчує, що існуючі в сучасному світовому співтоваристві три альтернативні моделі фінансування медичної галузі дозволяють доволі ефективно забезпечувати медичне обслуговування населення. Разом з тим у світі спостерігається тенденція до постійного зростання вартості медичного обслуговування, а отже й до збільшення витрат на фінансування сфери охорони здоров'я. Тому виважений підхід до стратегічного планування фінансового забезпечення медичної галузі дасть змогу створити насправді ефективну систему охорони здоров'я, що матиме стійкий кредит довіри та підтримки громадян.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. URL: [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) (дата звернення: 2.04.2018).
2. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. №1(14). С. 110–117.
3. Tanner M. *The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis*. 2008. № 613. P. 1–48.

---

**Винник Тарас Миколайович**, магістрант,  
**Вакун Оксана Володимирівна**, к.е.н., доцент,  
доцент кафедри обліку та фінансів

## **БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ГРОШОВИХ КОШТІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ**

Грошові кошти є об'єктом вивчення багатьох економічних наук і як досить