

УДК 347.73
DOI [https://doi.org/10.32837/pyuv.v0i2\(27\).205](https://doi.org/10.32837/pyuv.v0i2(27).205)

*С. В. Скріпкін
аспірант*

Класичного приватного університету

ПРОБЛЕМИ ОБРАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Питання обрання оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я є дуже важливим, адже на вітчизняну модель фінансування медицини протягом останніх майже трьох десятиліть відбувалось чимало нарікань як із боку представників громадянського суспільства, так і державного апарату. І справді, в умовах бюджетного дефіциту модель фінансування Семашка виявилась неспроможною забезпечити потреби всіх учасників правовідносин у сфері охорони здоров'я, а, в першу чергу, медичних працівників та пацієнтів. З іншого боку, багато критики з'являється останнім часом і на адресу сучасної реформи охорони здоров'я від учених, юристів, медичних та фармацевтичних працівників, організаторів охорони здоров'я. З юридичної точки зору зауваження полягають, перш за все, у невідповідності концептуальних положень цієї реформи Конституції України.

Питання пошуку оптимальної моделі фінансування охорони здоров'я є предметом наукових досліджень багатьох вчених, у тому числі О. Солдатенко, Н. Якимчук, С. Стеценко, В. Стеценко, Я. Радиш, Д. Карамішев, Т. Камінська, О. Камінська, Н. Карпишин, М. Аніщенко та інші.

Однак у теоретичному плані питання побудови оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я в контексті відповідності Конституції України та забезпечення потреб громадян ще не вирішено, а реформа фінансування охорони здоров'я ще не завершена, тому з огляду на вищезазначені обставини подальші наукові дослідження в цьому напрямі є надзвичайно актуальними.

У різних державах світу функціонують різні моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я.

Так, Т. Камінська виділяє такі моделі організації та фінансування охорони здоров'я:

- патерналістська модель М. Семашка (бюджетне фінансування за відсутності приватних надавачів медичних послуг);
- модель У. Беверіджа (бюджетне фінансування за наявності приватних надавачів медичних послуг);
- модель соціального обов'язкового медичного страхування О. Бісмарка;
- модель приватного медичного страхування [1, с. 284].

З цією думкою згодна більшість вітчизняних дослідників фінансування охорони здоров'я, серед яких Н. Карпишин та М. Комуницька [2], Т. Сіташ [3], О. Камінська [4] та інші.

На думку В. Долота, можна виділити кілька особливостей, які притаманні найбільш розвиненим системам охорони здоров'я:

- фінансуються з трьох основних джерел: відрахування від доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення;
- фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їх сімей здійснюється виключно коштом підприємців;
- вільний вибір застрахованою особою лікаря і лікувально-профілактичного закладу, що сприяє конкуренції і поліпшенню якості медичної допомоги та підвищенню уваги до кожного громадянина;
- розвинена система добровільного страхування [5].

Л. Пархета вважає, що проблеми фінансування охорони здоров'я істотно вирішуються шляхом розвитку страхової медицини, яка забезпечує не тільки змогу населення України отримати належну медичну допомогу, але й передбачає здійснення дієвого контролю з боку страхових організацій за раціональним використанням фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я [6].

С. Бойко пропонує додаткові джерела фінансування видатків у галузі охорони здоров'я. До них автор зараховує: обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування; співплатежі із залученням коштів населення; інноваційних джерел фінансування (різні форми державно-приватного партнерства, в тому числі фасиліті-менеджмент на основі аутсорсінгу); накопичувальні фонди територіальних громад і благодійні фонди, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб [7].

А. Бурбела вважає, що в нинішніх українських реаліях доцільно було б створити модель, яка поєднувала б в собі частково бюджетну систему фінансування, медичне страхування та приватні медичні послуги [8, с. 207].

Мета статті – дослідити моделі фінансування публічних видатків, що склалися в різних державах світу, виявити їх особливості, досягнення та недоліки, розглянути модель фінансування охорони здоров'я, що будується в процесі сучасної трансформації охорони здоров'я, виявити право-

ві та економічні проблеми побудови такої моделі, здійснити фінансово-правове обґрунтування загальної концепції побудови оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я України.

У дослідженні було застосовано такі методи: структурно-функціональний, системно-аналітичний та порівняльно-правовий.

Для досягнення мети нашого дослідження необхідно коротко охарактеризувати основні ознаки кожної моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я.

Визначальними рисами радянської системи охорони здоров'я були: загальнодержавна форма організації, яка відповідала ієрархії політичної систем (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 на рівні 15% фінансування потреб галузі [2].

Бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я (концепція Бісмарка) базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується, передусім, наявністю обов'язкового медичного страхування (ОМС) усього населення за деякої участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава є гарантом задоволення суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. До таких країн належать: Австрія – 46% загального розміру фінансування охорони здоров'я, Польща – 56,9%, Литва – 58,1%, Румунія – 62%, Угорщина – 62,4%, Нідерланди – 62,8%, Бельгія – 64,5%, Словаччина – 65%, Німеччина – 66,7%, Словенія – 68,8%, Естонія – 70,9%, Люксембург – 73,7%, Франція – 75,7%, Чехія – 80,8% [4].

Медичне страхування в цій моделі, як правило, є обов'язковим для всіх працюючих за наймом. Величина страхових внесків розраховується на основі розміру заробітної плати і доходів. При цьому відбувається перерозподіл коштів від більш високооплачуваних до менш забезпечених, від молодих і самотніх – до літніх і осіб, які мають великі сім'ї, тобто забезпечується соціальна солідарність всередині групи застрахованих. Оплата страхових внесків здійснюється в різних пропорціях. Так, якщо для Німеччини це співвідношення однако-

ве як для працівників, так і для роботодавців, то у Франції значну частину витрат у фінансуванні страхових фондів бере на себе роботодавець. У низці випадків фінансування охорони здоров'я доповнюється з бюджетних коштів. Однак у моделі страхової охорони здоров'я Бісмарка, на відміну від національних систем охорони здоров'я, така практика застосовується лише в рідкісних випадках дефіциту страхових фондів. Таким чином, на відміну від бюджетних систем, фінансування цієї моделі здійснюється на тристоронній основі, а співвідношення розмірів фінансової участі у формуванні фондів медичного страхування найчастіше залежить від економічної кон'юнктури і податкової політики держави [9].

У моделі Беверіджа (державна система охорони здоров'я) фінансування здійснюється переважно коштом державного бюджету, тобто внески збираються через загальну податкову систему – на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. Рішення щодо загального обсягу фінансування приймається у процесі планування витрат державного бюджету загалом. Страхові фонди у рамках системи охорони здоров'я, що функціонує відповідно до цієї моделі, загалом є нецільовими, проте всі громадяни охоплюються страхуванням, яке забезпечує їм отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. Відповідальність за справедливий географічний розподіл бюджету між надавачами медичних послуг несуть переважно регіональні органи охорони здоров'я. У моделі Беверіджа можуть застосовуватися різноманітні підходи до фінансування системи охорони здоров'я, але головна роль у забезпеченні фондами належить державному сектору [10].

Яскравим представником організації фінансування охорони здоров'я за моделлю Беверіджа є Великобританія. У 2012 р. на охорону здоров'я у Великобританії було витрачено близько 9,3% ВВП, з яких державні витрати, регульовані головним чином Національної медичної службою (National Health Service, NHS), становили близько 84%. Джерелом більшої частини цих коштів є загальне оподаткування, а меншою – національне страхування (податок на заробітну плату); так, у 2006–2007 рр. (останній рік, за який є дані) 76% коштів на охорону здоров'я становили відрахування від загального оподаткування і 18% – від національного страхування. NHS також отримує дохід від платежів тих пацієнтів, які використовують послуги NHS для отримання приватної медичної допомоги (приватні медичні страховки і приватні платежі складають 2,8% і 9% від загальних витрат на охорону здоров'я відповідно), і з деяких інших другорядних джерел (5% від загальних витрат на охорону здоров'я) [11].

Ринкова модель фінансування охорони здоров'я характеризується такими ознаками. У рин-

ковому суспільстві головною цінністю є ринкові відносини, тобто одержання вигоди двома сторонами. Для постачальників послуг – це максимальний прибуток із мінімальними витратами, для клієнтів – максимальна якість і кількість із мінімальними витратами. І все це в умовах слабкої законодавчої бази і поверхневому контролю держави. Медичні послуги розглядаються як будь-який інший товар, який може бути куплений або проданий відповідно до законів ринку (тобто з мінімальним урахуванням його соціальної, саме гуманістичної специфіки). Ринкова модель ґрунтується на особистих внесках громадян у приватні страхові компанії. Оплата послуг відбувається цільовим призначенням. Сфера охорони здоров'я тут представлена розвинутою системою приватних медичних установ і комерційних медичним страхуванням. Держави, де запроваджена ринкова модель, – США, деякі країни Азії, Африки, Латинської Америки [12].

За словами У. Супрун, у США близько 46% грошей на охорону здоров'я виділяють федеральний уряд і уряди штатів. Роботодавці платять 27% витрат на охорону здоров'я. Для таких підприємств є податкові пільги. Решта 27% платять приватні особи. На охорону здоров'я США витрачають 16,4% ВВП. Це найбільше у світі. Але велике фінансування не гарантує всім громадянам рівного доступу до медичних послуг. Більше 15% громадян США взагалі є незастрахованими [13].

Для аналізу наводимо перші двадцять держав світу, в яких, за версією всесвітньо відомого агентства «Блумберг», побудовано найефективніші системи охорони здоров'я: Гонконг, Сінгапур, Іспанія, Італія, Південна Корея, Ізраїль, Японія, Австралія, Тайвань, ОАЕ, Норвегія, Швейцарія, Ірландія, Греція, Нова Зеландія, Канада, Франція, Португалія, Фінляндія, Китай [14].

Гонконг, Великобританія, Китай, Італія [15], Іспанія, Греція, Ірландія [16, с. 25], ОАЕ [17], Фінляндія [18, с. 98], Норвегія [19], Португалія [20, с. 32], Австралія, Нова Зеландія [21, с. 37] здійснюють фінансування охорони здоров'я відповідно до бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я (модель Беверіджа); Сінгапур, Ізраїль, Японія, Швейцарія, Франція [22], Тайвань [23], Канада [24], Південна Корея [25, с. 78] фінансують видатки на охорону здоров'я переважно за моделлю соціального страхування (модель Бісмарка).

Таким чином, серед двадцяти найефективніших систем охорони здоров'я, дванадцять представляють бюджетну модель фінансування (60%), а вісім – модель обов'язкового страхування (40%). Зазначимо, що у першій двадцятці держав із найефективнішими системами охорони здоров'я відсутні країни, в яких переважає ринкова модель. А це означає, що нормами Конституції України,

на нашу думку, вірно обрано модель бюджетного фінансування як одну з найефективніших у світі.

Основним же недоліком бюджетного фінансування є брак бюджетних коштів, що спрямовуються на фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я. Тому бюджетне фінансування охорони здоров'я можуть дозволити собі лише ті держави, що мають сильну економіку, великий обсяг ВВП на душу населення.

До речі, важливо зауважити, що втілення будь-якої чистої моделі фінансування на цей час у світі не існує. Ми можемо зарахувати систему фінансування охорони здоров'я до тієї чи іншої моделі лише умовно, залежно від того, яка модель переважає в тій чи іншій державі. З наведеного аналізу випливає, що навіть у ліберальній моделі фінансування охорони здоров'я США 46% видатків здійснюються з федерального бюджету та бюджетів штатів, а 27% покривають роботодавці.

До недоліків бюджетного фінансування також зараховують відсутність ринкових стимулів розвитку закладів охорони здоров'я загалом та медичних працівників зокрема. Однак цей факт, а саме відсутність ринкових механізмів у галузі охорони здоров'я, може сприйматися як позитивний аспект, адже з розвитком суспільного прогресу в сучасній світовій парадигмі трансформації ціннісних орієнтацій здоров'я сприймається не як ринкова, а як соціальна цінність. Саме така позиція закріплена Конституцією України та низкою нормативно-правових актів, в тому числі міжнародних. А надання медичних послуг за своєю природою не є бізнесом у повному сенсі цього поняття, адже здійснюється, в першу чергу, не з метою отримання прибутку, а з метою досягнення суспільно корисного результату, а саме збереження або відновлення життя людини. Якщо ж діяльність у сфері охорони здоров'я здійснюється лише з метою отримання прибутку, така діяльність як мінімум засуджується суспільством, а як максимум до осіб, які застосовують ринкові технології в медицині та фармації, держава застосовує заходи примусу у вигляді юридичної відповідальності.

Так, наприклад, відповідно до ст. 78¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медичні і фармацевтичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності, зокрема, не мають права: одержувати від представників фармацевтичних компаній зразки лікарських засобів для використання у професійній діяльності (крім випадків проведення клінічних досліджень); будь-яким способом рекламувати лікарські засоби та медичні вироби; приховувати інформацію про наявність аналогічних лікарських засобів за нижчою ціною [26].

Якщо ж говорити про такий недолік бюджетного фінансування охорони здоров'я як відсутність вільної конкуренції, то можемо констатувати, що

із запровадженням реформи фінансування охорони здоров'я, що ознаменувалося трансформацією бюджетно-кошторисного методу фінансування у метод фінансування послуг, така конкуренція з'явилась, і отримувачами бюджетних послуг стали не лише державні і комунальні, але й приватні заклади охорони здоров'я разом із фізичними особами-підприємцями, що здійснюють діяльність із медичної практики. До того ж пацієнти мають право вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я.

Основними недоліками моделі соціального страхування у фінансуванні видатків у галузі охорони здоров'я (модель Бісмарка) є чутливість такої моделі до демографічних змін у складі населення держави, рівень безробіття, а також складність управління фінансовими потоками.

Основним недоліком ринкової моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я є недостатність коштів у значній частини населення для придбання страхових полісів, що покривали б більшість медичних послуг або оплати цих послуг напряму.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в Україні здійснюється спроба побудувати систему фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я за моделлю Беверіджа, що ґрунтується на державних закупівлях медичних послуг. На нашу думку, дуже схожі моделі побудовано у Великобританії, Іспанії та Португалії. З тією лише різницею, що ВВП на душу населення у вищеперерахованих державах у 9–18 разів вище того ж показнику України. Однак проблеми недофінансування та високого навантаження лікарів великою кількістю пацієнтів у цих європейських державах є, що дає поштовх успішному розвитку приватної медицини, адже пацієнти часто стикаються з проблемою довготривалих черг при необхідності здійснення лікувальних процедур та маніпуляцій.

За інформацією В. Усенка, ВВП в Україні, за даними Міжнародного валютного фонду, становить 2,262 тис. дол. на одну людину, в Великобританії – 38,85 тис. дол., в Німеччині – 44,18 тис. дол., в США – 59,5 тис. дол., в Канаді – 44 тис. дол. З огляду на ці дані стає зрозуміло, що в країнах із низьким ВВП може бути недостатньо бюджетних надходжень для британської (бюджетної) моделі фінансування охорони здоров'я. Тому в процесі впровадження реформи з часом може виникнути змішана модель організації охорони здоров'я [27].

Виходячи з викладеного, на сучасному етапі суспільного розвитку Україна стоїть перед дилемою вибору оптимальної моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я.

Як свідчать передовий міжнародний досвід та рейтинги найкращих систем охорони здоров'я світу, бюджетна модель фінансування охорони здо-

ров'я, що, у тому числі, закріплена Конституцією України, є однією з найефективніших у світі.

Правовий аспект проблеми полягає, насамперед, у тому, щоб побудувати таку модель фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я, яка б одночасно була б ефективною, забезпечувала потреби галузі у фінансових ресурсах, а також концептуально відповідала б нормам Конституції України щодо безоплатної медицини та їх офіційному тлумаченню Конституційним Судом України.

Модель бюджетного фінансування (модель Беверіджа), що нині запроваджується в Україні, є досить ефективною, але має низку суттєвих недоліків, особливо зважаючи на соціально-економічну ситуацію, яка склалася в нашій державі. З огляду на те, що такі моделі функціонують у державах, які мають значно вищі показники економічного розвитку (Великобританія, Іспанія, Португалія), в Україні може не вистачити бюджетних коштів для повноцінного та ефективного функціонування цієї моделі.

Також, на наше переконання, не відповідатиме Конституції України норма щодо співоплати пацієнтом медичних послуг без затвердженого Законом України переліку платних медичного послуг, чого, на жаль, в Україні досі не зроблено.

Тому, на наш погляд, бюджетного фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я в Україні не вистачить для повноцінного забезпечення потреб та ефективного фінансування системи охорони здоров'я. Вважаємо, що в таких умовах варто працювати над залученням додаткових коштів із метою забезпечення фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я.

В останні роки в тенденціях світового державного будівництва стала домінувати концепція здоров'я як загальносуспільного блага, що має забезпечуватися державою. Тому навіть ринкові моделі фінансування видатків на охорону здоров'я мають державні механізми їх регуляції, наприклад: сплата страхових внесків із державного бюджету, стимулювання роботодавців до медичного страхування своїх працівників. І саме такі механізми має ринкова модель фінансування охорони здоров'я США, що найближчим часом навіть планує збільшити бюджетне фінансування охорони здоров'я.

На нашу думку, Україні також варто запозичити досвід США та багатьох інших держав, що використовують внески роботодавців як одне з джерел фінансування охорони здоров'я. Вважаємо, що цей крок буде виправданим, оскільки:

– це не суперечитиме положенням Конституції України про безоплатність медичної допомоги, оскільки пацієнти не сплачуватимуть внесків, натомість їх сплачуватимуть роботодавці;

– внески роботодавців будуть додатковим джерелом фінансування публічних видатків у галузі

охорони здоров'я, що є необхідними для забезпечення потреб галузі в умовах недостатності бюджетного фінансування.

Наступним джерелом фінансування охорони здоров'я має бути дохід від надання платних медичних послуг комунальними та державними закладами охорони здоров'я. Перелік таких послуг має бути затверджено не постановою Кабінету Міністрів України (нинішній стан), а Законом України згідно з офіційним тлумаченням Конституції України Конституційним Судом України.

Вважаємо, що Україні потрібно будувати модель загальнообов'язкового державного медичного страхування, а функції відповідного фонду покласти на Національну службу здоров'я України. Платниками страхових внесків мають виступити держава, роботодавці, фізичні особи-підприємці та самозайняті особи. Розрахунок страхових внесків потрібно здійснювати за прогресивною шкалою залежно від прибутків кожного платника. Варто пошукуватись про те, аби страхові внески були незначними для кожного їх платника, що забезпечить стабільність їх оплати.

У регіонах варто розвивати також власні програми розвитку охорони здоров'я, а на рівні закладів охорони здоров'я варто масово запроваджувати надання платних медичних послуг (у тому числі іноземцям), використовуючи новітні медичні технології.

Основним пріоритетом у виборі моделі фінансування охорони здоров'я є максимальне забезпечення медичних потреб пацієнтів – громадян України.

Література

1. Камінська Т.М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 1 (8). С. 284–285.
2. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. № 1 (14). С. 110–117.
3. Сіташ Т.Д. Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. URL: <http://www.ukr.vipreshbnik.ru/derzhavne-upravlinnya/4405-finansove-zabezpechennya-galuzi-okhoroni-zdorov-ya-v-ukrajini-ta-zarubizhnikh-krajnakh.html>.
4. Камінська О.С. Удосконалення фінансування видатків на охорону здоров'я: зарубіжний досвід. *Наукові праці НДФІ*. 2016. № 2 (75). С. 135–147.
5. Долот В.В. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>.
6. Пархета Л.В. Фінансування медичних послуг в системі охорони здоров'я України. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6096>.
7. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/analitichni-materiali/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya>.
8. Бурбела А. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України. *Економіка та управління підприємствами*. 2017. № 8. С. 201–207.
9. Васильєва І.А. Аналіз моделей фінансування здравоохранения. URL: ukros.ru/wp-content/uploads/2014/08/vasильева.doc.
10. Короленко В. Порівняльний аналіз моделей фінансування системи охорони здоров'я. URL: slideshare.net/v_korolenko/ss-56086084.
11. Лукьянцєва Д.В., Татаринєв А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт. *Медицинские технологии*. 2017. № 2. С. 20–29.
12. Современное здравоохранение. Где, кто и сколько? URL: <https://tstealth1.livejournal.com/231386.html>.
13. Супрун: система здравоохранения в США далека от идеальной. URL: <http://www.dsnews.ua/politics/suprun-sistema-zdravoohraneniya-v-ssha-daleka-ot-idealnoy-29012019091800>.
14. Lee J Miller, Wei Lu. These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>.
15. Щербакова А.А. Институциональные аспекты инновационного развития здравоохранения. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/institutsionalnye-aspekty-innovatsionnogo-razvitiya-zdravoohraneniya>.
16. Омеляновский В.В., Максимова А.В., Татаринєв А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. *Финансовый журнал*. 2014. № 3. С. 22–34.
17. Здравоохранение в Объединенных Арабских Эмиратах. URL: <https://dubai-freezone.ae/statio-biznese-v-uae/zdravoohranenie-v-obedinennyix-arabskix-emiratax.html>.
18. Шевченко М.В., Карамзіна Л.А., Дорошенко О.О. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2 (22). С. 97–100.
19. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 6. URL: <http://gukr.com/article2699.html>.
20. Ткаченко В.І., Кекух Д.П., Гайова О.А., Алексеєнко О.І., Заставний І.І. Системи охорони здоров'я європейських країн очима сімейних лікарів. *Семейная медицина*. 2017. № 5 (73). С. 31–34.
21. Максимова Л.В., Омеляновский В.В., Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран. *Медицинские технологии*. 2014. № 1. С. 37–44.
22. Снегірьєв П. Глобальні парадигми охорони здоров'я: цінні уроки для України. URL: <https://www.apteka.ua/article/397891>.
23. Экономика Тайваня. URL: ru.wikipedia.org/wiki/Экономика_Тайваня_#Здравоохранение.
24. Система здравоохранения Канады. URL: <https://www.newcanadian.ru/information/sistema-zdravookhraneniya-kanady.html>.
25. Сисигина Н.Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения. *Финансовый журнал*. 2017. № 1. С. 77–90.
26. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
27. Усенко В. Реформа здравоохранения: какая модель финансирования выбрана для Украины? URL: <https://www.apteka.ua/article/433151>.

Анотація

Скрипкін С. В. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я України. – Стаття.

У цій статті досліджено моделі фінансування публічних видатків, що склалися в різних державах світу, а також їх особливості, досягнення та недоліки, розглянуто модель фінансування охорони здоров'я, що будується в процесі сучасної трансформації охорони здоров'я, виявлено правові та економічні проблеми побудови такої моделі, здійснено фінансово-правове обґрунтування загальної концепції побудови оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я України.

Питання обрання оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я є дуже важливим, адже на вітчизняну модель фінансування медицини протягом останніх майже трьох десятиліть відбувалось чимало нарікань як із боку представників громадянського суспільства, так і державного апарату. І справді, в умовах бюджетного дефіциту модель фінансування Семашка виявилась неспроможною забезпечити потреби всіх учасників правовідносин у сфері охорони здоров'я, а, в першу чергу, медичних працівників та пацієнтів. З іншого боку, багато критики з'являється останнім часом і на адресу сучасної реформи охорони здоров'я від учених, юристів, медичних та фармацевтичних працівників, організаторів охорони здоров'я. З юридичної точки зору зауваження полягають, перш за все, у невідповідності концептуальних положень цієї реформи Конституції України.

Як свідчать передовий міжнародний досвід та рейтинги найкращих систем охорони здоров'я світу, бюджетна модель фінансування охорони здоров'я, що, у тому числі, закріплена Конституцією України, є однією з найефективніших у світі.

Правовий аспект проблеми полягає, насамперед, в тому, щоб побудувати таку модель фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я, яка б одночасно була б ефективною, забезпечувала потреби галузі у фінансових ресурсах, а також концептуально відповідала б нормам Конституції України щодо безоплатної медицини та їх офіційному тлумаченню Конституційним Судом України.

Ключові слова: модель фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я, модель Беверіджа, модель Бісмарка, ринкова модель.

Summary

Skripkin S. V. Problems of choice the optimal model of financing expenses in the health care of Ukraine. – Article.

This article explores the models of public financing expenditures, which have been developed in different countries of the world. This article also represents the peculiarities of expenditures, achievements and shortcomings. This model of healthcare financing was reviewed in the defined article. It is important to mention that it has been created in the process of modern healthcare transformation. The legal and economic problems of such model creation were defined. The Article clarifies out financial and legal substantiation of the general concept of creation an optimal model for public financing spending in the healthcare sector of Ukraine.

The problem of the best model determination of public health financing expenditures is very important, because there has been a great deal of criticism on the domestic funding model in medicine, both, by civil society and the government over the last three decades. Indeed, Semashko's funding model has been proven to be incapable in meeting the needs of all health care providers and medical professionals and patients firstly under the conditions of budget deficit. On the other hand, recently there is a lot of criticism about modern health care reform. This critics is done by scientists, lawyers, medical and pharmaceutical workers, and health care managers. From a legal point of view the remarks are stated because of the inconsistency of the conceptual provisions of this reform adopted by the Constitution of Ukraine.

According to international best practices and rankings of the best healthcare systems in the world, the budgetary model of healthcare financing, which is enshrined in the Constitution of Ukraine, is one of the most effective in the world.

The legal aspect of the problem is, first and foremost, to build public health expenditure financing model, which will be efficient and meet the financial needs of the industry, and conceptually comply with the free Constitution medicine and their official interpretation by the Constitutional Court of Ukraine.

In order to achieve the goal of our study, it is necessary to outline the main features of each health care financing model briefly.

Key words: public health financing model, Beveridge model, Bismarck model, market model.