

УДК 614.2:336

*I. M. Lepetan,
к. е. н., доцент, доцент кафедри менеджменту та маркетингу,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0000-0003-1135-4755>*

*P. G. Zharlinska,
к. е. н., доцент, доцент кафедри менеджменту та маркетингу,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0000-0002-6135-4211>*

DOI: 10.32702/2306-6814.2025.3.107

ГЛОБАЛЬНІ МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПОРІВНЯННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

I. Lepetan,
PhD in Economics, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Management and Marketing,
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

R. Zharlinska,
PhD in Economics, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Management and Marketing,
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

GLOBAL MODELS OF HEALTHCARE FINANCING: COMPARISON AND PROSPECTS FOR DEVELOPMENT

У статті досліджено глобальні моделі фінансування охорони здоров'я, зокрема моделі Бісмарка, Сіماشко, Беверіджа і фінансування охорони здоров'я в Україні через Національну службу здоров'я України (НЗСУ). Розглядаються основні принципи та механізми цих моделей, їхні особливості, переваги та недоліки в контексті різних соціально-економічних умов. Модель Бісмарка, орієнтована на обов'язкове медичне страхування через некомерційні страховики, аналізується з точки зору ефективності та доступності медичних послуг в країнах Європи. Модель Беверіджа, що передбачає фінансування медичних послуг через державне фінансування, досліджується на прикладі Великої Британії, а також оцінюється можливість її застосування в інших країнах. Сіماشко, як специфічна модель для пострадянських країн, розглядається з акцентом на фінансування через податки та організацію надання медичних послуг. Окремо розглядається фінансування через Національну службу здоров'я України (НЗСУ), яка є результатом реформ у системі охорони здоров'я України, і оцінюються її перспективи розвитку в умовах економічних викликів і необхідності підвищення якості медичних послуг. Стаття завершується порівняльним аналізом цих моделей та висновками щодо їх адаптації до сучасних умов і потреб різних країн.

This article examines the main global models of healthcare financing, including the Bismarck, Beveridge, Simashko, and National Health Service of Ukraine (NHSU) models. Since healthcare financing is a key factor in ensuring access to and quality of healthcare, it is important to understand the features and effectiveness of different models used in different countries. The Bismarck model,

which provides for compulsory health insurance through non-profit insurers, is common in Western Europe. The basic principle of this model is that healthcare costs are covered by contributions from employers and employees, as well as through other non-profit funds. The article analyzes in detail the advantages and disadvantages of this model in terms of financing efficiency and the level of accessibility of medical services for different social groups.

The Beveridge model, which is used in countries such as the United Kingdom, provides for the financing of medical services through state taxes, as well as free access to medical services for all citizens. The features of this model include a high level of centralized management and control, as well as a focus on ensuring equal access to healthcare services regardless of social status.

The Simashko model, which is adapted for post-Soviet countries, is based on financing health care from the state budget, while the organization of health care services is carried out through state institutions. The peculiarity of this model is the central role of the state in managing healthcare services and regulating financing.

In Ukraine, as part of the healthcare reform, the NHSU model was introduced to ensure equal access to healthcare services through the public financing system, but with elements of payment and innovative approaches to healthcare finance management.

The article also assesses the prospects for the development of these models, in particular in the context of changes in the socio-economic situation, technological development and changes in the demographic structure of the population. The article identifies key aspects of adapting existing models to new challenges and trends, such as globalization, technological transformation and social change, which determine the need to modernize and integrate the latest approaches to healthcare financing to ensure the efficiency, sustainability and accessibility of healthcare services around the world.

Ключові слова: фінансування, моделі фінансування, охорона здоров'я, Національна система охорони здоров'я, Програма медичних гарантій.

Key words: financing, financing models, healthcare, National Healthcare System, Medical Guarantee Program.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Фінансування системи охорони здоров'я є одним із ключових факторів, що визначає її ефективність, доступність та якість медичних послуг. У світі існують різні моделі фінансування охорони здоров'я, серед яких найбільш поширеними є бюджетна (державна), страхова та приватна. Кожна з цих моделей має свої переваги, недоліки та специфічні виклики, які залежать від соціально-економічного, політичного та культурного контексту країни.

Однак жодна з моделей не є універсальною, а глобалізація, демографічні зміни, зростання хронічних захворювань, пандемії та інші виклики сучасності вимагають перегляду існуючих підходів до фінансування систем охорони здоров'я. Особливо актуальним є питання інтеграції елементів різних моделей з метою забезпечення стійкості та ефективності систем охорони здоров'я.

На сьогодні залишається недостатньо вивченим питання щодо адаптації та впровадження гібридних моделей фінансування, які поєднують найкращі аспекти бюджетної, страхової та приватної систем. Також актуальним є порівняння ефективності цих моделей в контексті

різних країн для виявлення перспективних напрямків розвитку. Це вимагає ґрунтовного аналізу, врахування регіональних особливостей та міжнародного досвіду.

Таким чином, постає проблема оптимізації фінансування охорони здоров'я на глобальному рівні, яка передбачає не лише пошук ефективних механізмів збору та розподілу коштів, але й забезпечення соціальної справедливості, доступності медичних послуг та фінансової стійкості системи.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Аналізу ключових моделей охорони здоров'я приділена чисельна кількість праць. Досить ґрунтовно провели дослідження наступні науковці: Гиріна О., Л. Пасієшвілі, Попік Г., Решота Н., Вороніна О., Лісовська О. Ці дослідники, поряд із багатьма іншими, зробили значний внесок у розуміння різних моделей фінансування охорони здоров'я, їхніх переваг і викликів. Їхні праці є цінними джерелами для подальшого аналізу та реформування національних систем охорони здоров'я.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Метою статті є дослідження та порівняння основних глобальних моделей фінансування охорони здоров'я в зарубіжному та вітчизняному контексті з акцентом на

їхні переваги, недоліки та можливості адаптації до змінюваних соціально-економічних умов.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Фінансування охорони здоров'я є ключовим елементом будь-якої медичної системи, адже від нього залежить доступність, якість та ефективність медичних послуг. На глобальному рівні існують різні моделі фінансування охорони здоров'я, кожна з яких має свої переваги та недоліки, а також специфічні виклики, з якими стикаються країни при її впровадженні. У цьому контексті важливо проаналізувати основні моделі фінансування охорони здоров'я, їхню ефективність і перспективи розвитку в умовах сучасних соціально-економічних реалій.

Система Бісмарка — це модель фінансування охорони здоров'я, яка отримала свою назву на честь Отто фон Бісмарка, канцлера Німеччини, який в кінці 19 століття ініціював реформу соціального забезпечення, включаючи медичне страхування. Система Бісмарка є однією з найбільш поширених у світі моделей медичного страхування, особливо в країнах Західної Європи.

Основні принципи системи Бісмарка:

1. Медичне страхування через некомерційні фонди. У системі Бісмарка фінансування охорони здоров'я забезпечується через обов'язкові страхові фонди, які фінансуються внесками як працівників, так і роботодавців. Це означає, що кожен працюючий громадянин зобов'язаний бути застрахованим через один з державних або приватних страхових фондів, який контролюється урядом, але управляється неурядовими організаціями або некомерційними фондами.

2. Поділ витрат між працівниками та роботодавцями. Внески на медичне страхування часто діляться між роботодавцем і працівником. Це забезпечує справедливий розподіл витрат на охорону здоров'я та дозволяє знизити фінансове навантаження на окремих осіб або домогосподарства. Розмір внесків може змінюватися залежно від доходу працівника.

3. Універсальний доступ до медичних послуг. У системі Бісмарка всі застраховані особи отримують доступ до медичних послуг незалежно від їхнього фінансового становища. Система покриває базові медичні послуги, проте деякі розширені послуги можуть потребувати додаткового приватного страхування або доплат.

4. Медичні установи приватні або державні. Лікарі та медичні установи можуть бути як приватними, так і державними. Однак, оскільки система фінансування базується на страховій моделі, лікарі та установи повинні укладати договори з відповідними страховими фондами для надання медичних послуг.

5. Покриття всіх громадян. Обов'язкове медичне страхування охоплює всю національну популяцію, що забезпечує універсальний доступ до медичних послуг. Відсутність страхування зазвичай є порушенням законодавства.

Систему Бісмарка використовують такі країни, як Німеччина, Франція, Японія, Швейцарія, Бельгія та Австрія.

Система Бісмарка є однією з найефективніших моделей фінансування охорони здоров'я, що забезпечує універсальний доступ до медичних послуг через обов'яз-

кове страхування. Хоча вона має певні недоліки, такі як адміністративні витрати і залежність від економічної ситуації, система є ефективною для забезпечення рівного доступу до медичних послуг, стимулює конкуренцію між страховими фондами і покращує якість медичного обслуговування.

Система Беверіджа — це одна з основних моделей фінансування охорони здоров'я, названих на честь британського економіста Вільяма Беверіджа, який в 1942 році розробив модель соціального забезпечення для Великої Британії, що лягла в основу Національної служби охорони здоров'я. Ця система орієнтована на забезпечення універсального доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього фінансового стану.

Основні характеристики системи Беверіджа:

1. Фінансування через податки. В основі системи Беверіджа лежить фінансування охорони здоров'я за рахунок загальних податків. Держава бере на себе відповідальність за фінансування медичних послуг, збираючи податки з усіх громадян, що дозволяє надавати медичні послуги безпосередньо з державного бюджету.

2. Універсальний доступ до медичних послуг. Всі громадяни мають право на медичні послуги без необхідності сплачувати за них під час лікування. Система забезпечує рівний доступ до медичної допомоги незалежно від соціального статусу або економічного становища.

3. Державний контроль і управління. У системі Беверіджа держава не лише фінансує, але й контролює надання медичних послуг. Медичні установи можуть бути державними, а лікарі працюють на державній службі, що знижує витрати на адміністрування і забезпечує більш ефективний контроль за якістю надання медичних послуг.

4. Безкоштовне надання послуг. Медичні послуги для пацієнтів надаються безкоштовно або з мінімальними доплатами, що робить доступ до медичних послуг доступним для всіх верств населення.

5. Фокус на профілактиці та первинній допомозі. Система Беверіджа надає великого значення профілактиці захворювань і первинній медичній допомозі, що допомагає зменшити витрати на лікування та підвищити загальний рівень здоров'я населення.

Систему Беверіджа використовують такі країни, як Велика Британія, Швеція, Іспанія, Норвегія та інші країни Північної Європи.

Система Беверіджа є однією з найбільш ефективних моделей охорони здоров'я, що забезпечує доступність медичних послуг для всіх громадян незалежно від їхнього економічного статусу. Хоча вона має певні недоліки, такі як можливі черги на послуги та залежність від економічної ситуації, її принципи забезпечують рівність в медичному обслуговуванні та підвищення рівня здоров'я населення за рахунок профілактики і базових медичних послуг, доступних для всіх.

Система Сімашко — це модель організації охорони здоров'я, яка була розроблена в СРСР і названа на честь радянського лікаря, академіка Олександра Сімашко, який був одним із основних розробників організаційної моделі медичного обслуговування в країні. Система

Сімашко є варіантом централізованої державної моделі фінансування охорони здоров'я, яка передбачала повну державну відповідальність за організацію медичних послуг і їх фінансування.

Основні принципи системи Сімашко:

1. Централізоване управління охороною здоров'я. Охорона здоров'я організовувалася і управлялася державними органами на всіх рівнях: від центрального уряду до місцевих адміністрацій. Це дозволяло створити єдину національну систему охорони здоров'я, де всі рішення приймалися на рівні держави.

2. Безкоштовні медичні послуги. Одна з ключових особливостей системи Сімашко — це надання безкоштовних медичних послуг усім громадянам. Медичні послуги були фінансовані через державний бюджет, і пацієнти не платили за них під час отримання.

3. Державне фінансування. Охорона здоров'я фінансувалася з державного бюджету за рахунок податків та інших доходів, що дозволяло покривати витрати на медичне забезпечення населення. Всі медичні установи, включаючи лікарні, поліклініки та інші заклади, були державними.

4. Єдині медичні стандарти. У рамках цієї системи розроблялися єдині медичні стандарти і протоколи лікування, що дозволяло забезпечити рівність і стандартизацію надання медичних послуг по всій країні.

5. Планова економіка. Враховуючи соціалістичну систему, система Сімашко діяла в рамках планової економіки, де потреби в медичних послугах прогнозувалися на декілька років уперед, а витрати на медицину планувалися відповідно до загальних економічних планів країни.

6. Всеохоплююча мережа медичних установ. Відзначалася наявність великої кількості лікарень, поліклінік та амбулаторій, доступних для всього населення. Це дозволяло забезпечити доступність медичних послуг на всіх рівнях, навіть у віддалених районах.

Країни, що використовують або використовували елементи системи Сімашко: СРСР, Куба, інші країни соціалістичного блоку.

Система Сімашко була ефективною для забезпечення безкоштовного медичного обслуговування і доступу до медичних послуг для всіх громадян, але її централізована, планова структура сприяла неефективності, а відсутність конкуренції та свободи вибору обмежувала розвиток медичних послуг. Вона була адаптована до соціалістичних умов і потреб, але в умовах сучасних економічних реалій потребує суттєвих реформ для покращення якості та доступності медичної допомоги.

В Україні система фінансування охорони здоров'я є змішаною, поєднуючи елементи кількох моделей. Основною метою цієї системи є забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян при обмежених державних ресурсах. Через низку економічних, соціальних та політичних факторів система охорони здоров'я в Україні продовжує розвиватися та реформуватися.

Стратегія фінансування охорони здоров'я була сформульована в концептуальному документі, схваленому Радою Міністрів України у жовтні 2017 року — Законі України "Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг" і пакет пов'язаних законів. Цей пакет документів створив надійну правову та політичну

основу для запровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я. Реалізація реформ планувалася поетапно. Перший етап реформи був зосереджений на первинній медичній допомозі (ПМСД), а другий — на вторинній і третинній ланці. У 2018 році український уряд створив нову організацію — Національну службу здоров'я України (НСЗУ), національне страхове агентство, яке покриває широкий спектр послуг для населення в межах доступної податкової маржі.

Основними елементами фінансування охорони здоров'я в Україні є:

1. Державне фінансування. Держава здійснює основне фінансування через державний бюджет, що включає кошти на фінансування лікарень, поліклінік та інших медичних установ, а також на соціальні програми, такі як забезпечення доступу до ліків для певних категорій громадян. Всі ці кошти надаються Міністерством охорони здоров'я та місцевими органами влади. Однак, фінансування за рахунок державного бюджету часто недостатнє для забезпечення високої якості медичних послуг.

2. Фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). З 2018 року в Україні було введено реформу медичної реформи, яка передбачала створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що є головним органом, що займається фінансуванням і організацією надання медичних послуг.

НСЗУ фінансує медичні заклади через механізм платежів за медичні послуги (так звані "пакети медичних послуг"). В рамках цієї моделі лікарні і поліклініки отримують фінансування не на основі бюджетного фінансування, а через виплати за конкретно надані послуги, відповідно до встановлених тарифів. Пакети медичних послуг включають амбулаторну, стаціонарну допомогу, а також інші медичні послуги.

Фінансування здійснюється через контракт з НСЗУ за принципом "гроші йдуть за пацієнтом", що означає, що медичні установи отримують кошти за кількість пацієнтів, яких вони обслуговують.

3. Обов'язкове медичне страхування. В Україні в період з 2017 року активно обговорюється введення системи обов'язкового медичного страхування, але на сьогодні ще не повністю реалізовано. Планується, що страхові внески будуть сплачуватися роботодавцями та громадянами, і це дозволить забезпечити додаткове фінансування для медичних закладів, зменшуючи залежність від бюджетного фінансування.

4. Приватні медичні послуги та страхування. Хоча система медичного страхування ще не є обов'язковою, приватний сектор охорони здоров'я в Україні розвивається. Приватні клініки надають медичні послуги за оплату, а також пропонують різні види медичних страховок. Приватне медичне страхування на сьогоднішній день є доступним для деяких категорій громадян і дозволяє компенсувати витрати на медичне обслуговування.

5. Місцеве фінансування. Місцеві бюджети (бюджети областей, міст та громад) також фінансують медичні установи, зокрема для забезпечення належного функціонування місцевих лікарень та медичних закладів, що надають послуги населенню на місцях.

Таблиця 1. Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я за 2022—2024 рр.

| Показник | 2022 рік | | 2023 рік | | 2024 рік | |
|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| | млн грн | % до загальних видатків | млн грн | % до загальних видатків | млн грн | % до загальних видатків |
| Загальні видатки | 2705423,3 | 100 | 4014418,1 | 100 | 3779451,2 | 100 |
| у т.ч. на охорону здоров'я | 184267,8 | 6,8 | 179258,2 | 4,5 | 174533,2 | 4,6 |

Джерело: сформовано авторами за [3].

Оцінюючи інвестування системи охорони здоров'я в Україні, слід зауважити, що сучасний стан фінансування даної системи за рахунок бюджетних коштів є вкрай недостатнім і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги населенню у необхідних обсягах (табл. 1).

Як видно із таблиці 1, обсяг фінансування системи охорони здоров'я у 2024 році зменшився порівняно із 2023 роком на 4725,0 млн грн або на 2,6 %.

У рамках Держбюджету-2025 передбачається помітне збільшення видатків на сферу охорони здоров'я за ключовими напрямками й пріоритетами — йдеться про додаткові 6,3 млрд грн, порівняно з початковим варіантом, які спрямують на розширення програми "Доступні ліки" та модернізацію медичної інфраструктури.

Загальний обсяг видатків на сферу охорони здоров'я на 2025 рік становитиме понад 217 млрд грн. Більше ніж 175,5 млрд грн буде спрямовано на фінансування Програми медичних гарантій, 11,8 млрд грн заплановано на закупівлю ліків та медичних виробів для лікування тяжких захворювань, зокрема ендопротези, медвироби для лікування травм, донорства крові, слухові апарати, ліки для лікування серцево-судинних та онкозахворювань. 4,4 млрд грн закладено на забезпечення громадського здоров'я, виявлення та реагування на спалахи хвороб і надзвичайні ситуації.

Збільшення видатків на сферу охорону здоров'я дасть змогу збільшити фінансування за ключовими напрямками надання медичної допомоги. Зокрема, 25,7 млрд грн передбачено на надання первинної медичної допомоги, 124,4 млрд грн — на спеціалізовану медичну допомогу, 11,4 млрд грн — на екстрену медичну допомогу, 5,7 млрд грн — на медичну реабілітацію.

У 2025 році буде збільшено бюджет на централізовані закупівлі лікарських засобів та медичних виробів. На цей напрям спрямують 11,8 млрд грн, що на 1,8 млрд грн більше, ніж цього року. Це дозволить покращити доступність і безоплатність ліків для українців за пріоритетними напрямками: лікування онкологічних та серцево-судинних захворювань, вірусних гепатитів, забезпечення медичними виробами для проведення ортопедичних, травматологічних та нейрохірургічних оперативних втручань [4].

НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, який здійснює закупівлю медичних послуг у закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців. Основні принципи роботи НСЗУ включають:

1. Пацієнт-орієнтованість — пацієнт обирає лікаря та заклад, що надає медичні послуги, які оплачуються державою.
2. Прозорість фінансування — кошти розподіляються відповідно до кількості наданих послуг та пацієнтів.

3. Ефективність витрат — оплата за послуги здійснюється на основі договорів між НСЗУ та медичними закладами.

4. Контроль якості — заклади повинні відповідати встановленим стандартам якості для укладення договорів.

НСЗУ фінансується через Державний бюджет України, зокрема за рахунок коштів, що надходять від загального оподаткування. Ключовим елементом фінансування є Програма медичних гарантій (ПМГ), яка визначає перелік і обсяг медичних послуг, що оплачуються за рахунок держави.

Програма медичних гарантій (ПМГ) є центральним елементом фінансування охорони здоров'я через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Це система, яка забезпечує безоплатне надання медичних послуг та лікарських засобів громадянам України в рамках визначеного переліку.

Основними компонентами Програми медичних гарантій є:

1. Первинна медична допомога. Пацієнти отримують послуги сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. До цієї категорії входять консультації, профілактичні огляди, вакцинація, базова діагностика та лікування поширених захворювань.

2. Спеціалізована амбулаторна допомога. Послуги лікарів-спеціалістів, діагностика (наприклад, ультразвукове дослідження, аналізи) та інші послуги, що надаються у поліклініках.

3. Стаціонарна допомога. Планова та ургентна медична допомога в умовах стаціонару, включаючи проведення хірургічних втручань, лікування тяжких захворювань тощо.

4. Екстрена медична допомога. Послуги швидкої допомоги у випадках, які становлять загрозу життю чи здоров'ю пацієнта.

5. Паліативна допомога. Забезпечення полегшення страждань для пацієнтів із невиліковними хворобами, а також психологічна підтримка для них та їхніх родин.

6. Реімбурсація лікарських засобів. Відшкодування вартості лікарських препаратів, зокрема для пацієнтів із хронічними захворюваннями (діабет, серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма тощо).

Програма медичних гарантій є важливим механізмом, який дозволяє забезпечити громадян України якісною та доступною медичною допомогою. Однак її подальший розвиток залежить від збільшення державного фінансування, покращення інфраструктури та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Зупинимося додатково на питанні розвитку страхової медицини. Страхова медицина в Україні є важливим елементом системи охорони здоров'я, хоча її розвиток

Таблиця 2. Порівняння систем фінансування охорони здоров'я у світі

| Система фінансування | Основний принцип | Країни, де застосовується | Особливості | Переваги | Недоліки |
|---|--|--|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Система Бісмарка | Обов'язкові внески на медичне страхування, яке адмініструють неприбуткові організації. | Німеччина, Франція, Швейцарія, Бельгія, Австрія | Страхові внески для всіх працюючих осіб; приватні страховики, що працюють під контролем держави. | Висока доступність медичних послуг, швидка реакція на потреби населення. | Високі витрати на адміністрацію, нерівність доступу через статус платника. |
| Система Беверіджа | Повністю державне фінансування через податки. | Великобританія, Іспанія, Італія, Швеція, Канада | Безкоштовні медичні послуги для всіх громадян; державні лікарні та клініки. | Безкоштовне медичне обслуговування для всіх громадян, високий рівень рівності. | Високі податки, тривалі черги на лікування, дефіцит ресурсів. |
| Система Сімашко | Державне фінансування медичних послуг через центральні органи управління. | СРСР, Куба, деякі пострадянські країни | Державне управління охороною здоров'я, безкоштовні медичні послуги для всіх. | Універсальне покриття, доступність послуг на всіх рівнях. | Бюрократія, неефективність, низька якість послуг, відсутність мотивації до інновацій. |
| Моделі «гроші йдуть за пацієнтом» (платежі за послугою) | Оплата медичних послуг через державні або приватні організації (страхові компанії). | США (частково), Україна (в рамках реформи НСЗУ), Чехія | Пацієнти обирають медичні заклади, і медичні установи отримують фінансування за кількість пацієнтів. | Сприяє підвищенню конкуренції та якості послуг, більша доступність для пацієнтів. | Можливі проблеми з якістю послуг, дефіцит фінансування для медичних установ. |
| Приватне медичне страхування | Пацієнти купують медичне страхування для отримання медичних послуг. | США (для багатьох), Мексика, Аргентина | Часто поєднується з іншими системами, але основне фінансування через приватні страховки. | Може забезпечити високий рівень медичного обслуговування, швидкий доступ до послуг. | Висока вартість страхування, не кожен може дозволити собі оплатити. |
| Гібридні моделі | Комбінація державного та приватного фінансування. | Нова Зеландія, Австралія, Японія, Канада | Спільне фінансування державою і приватними страховими компаніями; доступність послуг через державну та приватну систему. | Підвищення доступності медичних послуг для різних категорій громадян, зниження навантаження на державний сектор. | Проблеми з рівністю доступу та оплатою, адміністрування обох систем. |

Джерело: сформовано авторами.

ще знаходиться на етапі трансформації і вдосконалення.

В Україні система обов'язкового медичного страхування має на меті забезпечити доступ громадян до медичних послуг. Однак в цілому цей механізм ще не є повністю розвиненим і є лише частково впровадженим. Законодавчі ініціативи, зокрема ті, що стосуються запуску Національної служби здоров'я України (НСЗУ), мають на меті покращення якості медичних послуг, але система ОМС ще потребує вдосконалення.

Приватне медичне страхування активно розвивається і пропонує різні варіанти полісів, що дозволяють покривати медичні витрати в приватних клініках або для лікування вищого рівня. Попит на приватне страхування в Україні зростає, особливо серед підприємств, які надають своїм працівникам медичні страховки як частину соціального пакету.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є основним органом, який координує процеси фінансування медичних закладів через механізм медичного стра-

хування. Вона здійснює закупівлю медичних послуг через механізм "гроші йдуть за пацієнтом", що дозволяє покрити вартість медичних послуг для пацієнтів за рахунок державного бюджету.

У майбутньому очікується поступове розширення медичного страхування, зокрема через введення обов'язкового медичного страхування для всіх громадян. Законодавчі зміни, які забезпечать покращення механізмів страхування, можуть сприяти поліпшенню доступу до медичних послуг і зменшенню фінансового навантаження на державний бюджет.

Система страхування зіштовхується з проблемами, зокрема з недостатньою фінансовою спроможністю, нерівномірним доступом до послуг у різних регіонах і високими витратами на медичні послуги в деяких випадках. Крім того, багато громадян мають обмежений доступ до медичних послуг, оскільки система медичного страхування не охоплює всі верстви населення.

Таким чином, роль страхової медицини в Україні є значною, але система ще не повністю інтегрована та по-

требує подальшого розвитку і вдосконалення для досягнення більшої ефективності та доступності медичних послуг для громадян.

Отже, порівняємо різні системи фінансування охорони здоров'я у світі у табл. 2.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні зустрічається з численними викликами та проблемами, що обмежують ефективність і доступність медичних послуг для населення, серед яких:

1. Недостатнє фінансування. Однією з головних проблем є обмежене державне фінансування медичної сфери, яке не завжди відповідає потребам населення. Це призводить до недостатнього забезпечення медичних закладів, зокрема лікарень, медикаментами та медичним обладнанням.

2. Низька заробітна плата медичних працівників. Однією з причин проблем в українській системі охорони здоров'я є низька заробітна плата лікарів та медичних працівників, що впливає на якість надання медичних послуг.

3. Нерівність в доступі до медичних послуг. Є значні регіональні відмінності в доступі до якісної медичної допомоги. Великі міста мають краще забезпечення медичними ресурсами та персоналом, ніж сільські райони чи невеликі міста.

4. Проблеми з реформуванням та впровадженням страхування. Процес впровадження обов'язкового медичного страхування та реформування медичної системи є складним і потребує часу та належної підтримки з боку уряду та інших органів влади.

На нашу думку, перспективами розвитку системи фінансування охорони здоров'я в Україні може бути:

1. Розвиток обов'язкового медичного страхування. Планується поступова інтеграція системи обов'язкового медичного страхування, що допоможе розширити фінансування та зменшити навантаження на державний бюджет. Страхові внески будуть покривати витрати на медичне обслуговування громадян.

2. Поглиблення реформ в рамках НСЗУ. Продовження реформ в рамках НСЗУ дозволить вдосконалити систему фінансування медичних послуг через введення більш гнучких і ефективних моделей фінансування.

3. Залучення приватних інвестицій. В Україні спостерігається зростання приватного сектора в охороні здоров'я, і в майбутньому може збільшитися роль приватних медичних послуг, страхування та інвестицій в медичну інфраструктуру.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Система фінансування охорони здоров'я в Україні на даний момент є змішаною і має певні проблеми, які потребують вирішення через реформи та зміни в структурі фінансування. Незважаючи на труднощі, система реформується і рухається в бік забезпечення більшої доступності та якості медичних послуг для населення.

Порівняння глобальних моделей фінансування охорони здоров'я демонструє, що кожна країна має свою унікальну стратегію, що залежить від економічних, соціальних і політичних реалій, а також від історичного досвіду. Однак, попри різноманітність підходів, усі системи мають спільну мету — забезпечити громадянам

доступ до необхідних медичних послуг високої якості. Порівняння моделей Беверіджа, Бісмарка, Сімашко та інших дозволяє зрозуміти, як країни адаптуються до змінних умов, щоб оптимізувати фінансування охорони здоров'я, зберігаючи рівень доступності та якості медичних послуг.

Система Беверіджа, яка характерна для Великобританії, Іспанії та інших скандинавських країн, є прикладом універсального покриття для всіх громадян через централізоване державне фінансування. Хоча ця модель забезпечує доступність медичних послуг безкоштовно, вона стикається з викликами, пов'язаними з високими податками, дефіцитом фінансування та проблемами з ефективністю державних структур. Тим не менш, вона демонструє приклад того, як можна досягти високого рівня рівності в доступі до медичної допомоги.

Система Бісмарка, на відміну від Беверіджа, заснована на обов'язкових внесках через медичне страхування, яке адмініструють неприбуткові організації. Це дозволяє збалансувати державне та приватне фінансування, що сприяє високому рівню медичних послуг. Проте існує ризик нерівності доступу до медичних послуг, зокрема для незастрахованих осіб або тих, хто не може собі дозволити високі страхові внески. Успіх цієї системи залежить від ефективного контролю за страховиками та належної організації управлінських процесів.

Система Сімашко, яка діяла в СРСР і поширена в деяких пострадянських країнах, має на меті централізоване управління медичними послугами та безкоштовне обслуговування для всіх громадян. Однак її недоліки, такі як бюрократизація, неефективність і недостатнє фінансування, створюють значні проблеми для забезпечення якісної медичної допомоги. Ця модель демонструє, як важливо мати не лише доступ до послуг, але й ефективні механізми управління ресурсами та мотивацію медичних працівників.

Моделі "гроші йдуть за пацієнтом", зокрема через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), мають на меті створення більш конкурентного середовища та забезпечення фінансування медичних установ відповідно до реальних потреб пацієнтів. Це дозволяє стимулювати медичні заклади до покращення якості послуг і підвищення ефективності. Однак, така система вимагає чіткої організації та контролю, щоб уникнути проблем з неефективним використанням коштів та нерівністю доступу.

У майбутньому можна очікувати, що глобальні моделі фінансування охорони здоров'я продовжать еволюціонувати в напрямку більш гнучких та інтегрованих підходів. Гібридні моделі, які поєднують державне та приватне фінансування, мають великий потенціал для забезпечення більш рівного доступу до медичних послуг та одночасно стимулювання конкуренції серед медичних установ. Цифрові інновації будуть важливим інструментом у покращенні доступності та ефективності охорони здоров'я, зокрема завдяки розвитку телемедицини, електронних медичних записів та цифрового медичного страхування.

Одним із основних завдань, з якими зустрічаються сучасні системи фінансування охорони здоров'я, є балансування між доступністю та якістю медичних послуг. Важливо забезпечити, щоб навіть у країнах з високими

податками або великими внесками населення мало реальний доступ до якісного лікування. З іншого боку, в країнах з приватними страховими системами важливо знаходити рішення для тих, хто не може дозволити собі високі витрати на медичне страхування, забезпечуючи їм доступ до базових послуг.

У цьому контексті, міжнародний досвід може стати цінним джерелом для України та інших країн, які шукають оптимальні шляхи реформування системи охорони здоров'я. Глобальні тенденції показують, що комбіновані підходи до фінансування, зокрема через впровадження державного медичного страхування та модернізацію адміністративних процесів, можуть забезпечити ефективну медичну допомогу для широких верств населення.

Таким чином, майбутнє фінансування охорони здоров'я лежить у розвитку більш сталих, інтегрованих та технологічно прогресивних моделей, що дозволяють країнам адаптувати свої системи до викликів сучасного світу. Гнучкість у виборі моделі, з урахуванням культурних та економічних особливостей кожної країни, є основою для досягнення цілей у забезпеченні здоров'я нації.

Література:

1. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О., Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики. 2022. № 1 (42). С. 125—133.
2. Кужельєв М.О., Нечипоренко А.В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. European scientific journal of Economic and Financial innovation. 2024. № 1 (13). С. 85—94
3. Мінфін — все про фінанси: новини, курси валют, банки. <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense/>
4. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzheta-na-2025-rik-prijnyato-parlamentom-vidatki-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-standovlyat-ponad-217-mlrd-grn>
5. 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. URL: <https://www.reicst.com.ua/pmtl/article/view/2024-11-02-07/2024-11-02-07>
6. Шелеміна Н.І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. Економіка та суспільство. 2023. № 53/ URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2691/2605>

References:

1. Gavrychenko, D.G., Kozyreva, O.V., Popova, T.O. & Sergienko, L.V. (2022), "The mechanism of financing health care in Ukraine in the context of transformations", *Finansovo-kredytna diyal'nist': problemy teorii i praktyky*, vol. 1 (42). pp. 125—133.
2. Kuzhlev, M.O. & Nechyporenko, A.V. (2024), "Financing health care in the context of global challenges: Ukrainian experience", *European scientific journal of*

Economic and Financial innovation, vol. 1 (13). pp. 85—94.

3. MinfinMedia (2025), "Everything about finances: news, exchange rates", banks, available at: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense/> (Accessed 05 Jan 2025).

4. Official website of the Ministry of Health of Ukraine (2025), available at: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzheta-na-2025-rik-prijnyato-parlamentom-vidatki-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-standovlyat-ponad-217-mlrd-grn> (Accessed 05 Jan 2025).

5. Filipova, N.V. & Levchuk, Y.M. (2024), "World models of the health care system, adaptation in Ukraine and impact on life expectancy", *Problemy suchasnykh transformatsiy. Seriya: pravo, publichne upravlinnya ta administruvannya*, vol. 11, available at: <https://www.reicst.com.ua/pmtl/article/view/2024-11-02-07/2024-11-02-07> (Accessed 25 Dec 2024).

6. Shelemina, N.I. (2023), "Peculiarities of financing the health care system: domestic and foreign experience", *Ekonomika ta suspil'stvo*, vol. 53, available at: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2691/2605> (Accessed 05 Jan 2025).

Стаття надійшла до редакції 12.01.2025 р.



<https://nayka.com.ua>

Передплатний індекс: 23847



Виходить 24 рази на рік

Журнал включено до переліку наукових фахових видань України з ЕКОНОМІЧНИХ НАУК (Категорія «Б»)

Спеціальності – 051, 071, 072, 073, 075, 076, 292