

**Зозуля Діана Володимирівна,**  
аспірант кафедри фінансового права Інституту права  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка,  
м. Київ, Україна

## СВІТОВА ПРАКТИКА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ТА СТРАХОВА МЕДИЦИНА

*Стаття присвячена питанням фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. Особлива увага приділяється аналізу моделей фінансування. Досліджуються особливості страхової медицини в різних країнах світу. Розглядаються перспективи зміни принципів фінансування медичної допомоги.*

*Зроблено висновок, що в Україні найбільш прийнятною є бюджетно- страхова модель страхової медицини, яка передбачає поєднання бюджетного та іншого фінансування видатків на охорону здоров'я, а також фінансування сфери охорони здоров'я загалом.*

**Ключові слова:** страхова медицина, медична допомога, фінансування, охорона здоров'я, пацієнт, держава.

В Україні питання фінансування медичної сфери, охорони здоров'я значною мірою перебувають у публічній площині, оскільки їх вирішення безпосередньо залежить від коштів державного бюджету.

*Мета статті* полягає у висвітленні питань фінансування галузі охорони здоров'я в Україні в контексті світових моделей фінансування та страхової медицини.

У контексті нашого дослідження варто відзначити напрацювання таких вчених, як А.В. Бондар, Я.М. Буздуган, С.Б. Булеца, Ю.В. Вороненко, З.С. Гладун, В.Ф. Москаленко, І.Я. Сенюта, О.В. Солдатенко, Л.О. Самілик, З.С. Скалецька, В.Ю. Стеценко, С.Г. Стеценко, І.М. Федорович, Н.В. Шевчук та інших. Проте в Україні бракує наукових праць, де були б розкриті проблеми правового регулювання фінансування системи охорони здоров'я.

У світовій практиці фінансування охорони здоров'я сформувалися такі моделі, що загалом співвідносяться із самими системами охорони здоров'я:

*модель Семашка* – це так звана “радянська модель”, яка заснована на бюджетному фінансуванні видатків на охорону здоров'я, переважно за рахунок податків. За такої системи: громадяни отримують медичні послуги переважно безкоштовно, тобто існує безоплатна для громадян медицина; невеличка частина послуг має платний характер; держава перебуває у статусі постачальника і покупця медичних послуг; ринок медичних послуг перебуває під суворим контролем держави; заклади охорони здоров'я перебувають у власності чи під контролем держави; фінансується

вся медична інфраструктура, виходячи з розрахунку ліжко-місць. Позитивним аспектом цієї моделі є централізоване фінансування, яке забезпечує близько 90 % від усіх видатків на охорону здоров'я і стримує зростання вартості лікування. Недоліками є неминуче зниження якості медичних послуг і відсутність контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я з боку споживачів [1, с. 360; 2]. В Україні протягом останнього десятиліття активно здійснюється робота за напрямом відходу від моделі Семашка до іншої, швидше за все, – до моделі бюджетно-страхової медицини (змішаної бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я);

*ШБевериджська модель* (засновник У. Беверидж) – характерна для Великобританії, США, Ізраїлю, Південної Кореї, Нідерландів, Данії, Ірландії, Канади та інших країн. Становлення моделі Бевериджа пов'язане з іменем англійського політичного діяча Уільяма Бевериджа, пропозиції якого відомі під назвою “план Бевериджа”, що у 1942 р. були покладені в основу низки законів про державну систему медичного обслуговування та соціального забезпечення. У 1948 р. у Великобританії було проведено націоналізацію медичних закладів з досить високою компенсацією їх вартості колишнім власникам і створено Британську національну службу охорони здоров'я. У організаційному плані цю модель характеризує існування розвиненої мережі закладів охорони здоров'я, котрі перебувають у державній і муніципальній власності, медична допомога, яку надають у цих закладах, доступна для населення країни і гарантована законодавством. Також функціонують приватні медичні заклади, де кожен може за окрему оплату отримати медичне обслуговування. Виокремлюють такі принципи функціонування моделі охорони здоров'я Бевериджа: доступність для широкого кола споживачів; пріоритетна участь держави в організації та фінансуванні охорони здоров'я; професійна незалежність лікарів і опора на сімейного лікаря; неприбутковість діяльності; сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я; профілактика захворювань [3, с. 114]. Перевагами цієї моделі є такі: загальна доступність медичного обслуговування, контроль із боку держави над витратами, справедливість розподілу засобів [4, с. 1190];

*Шбюджетно- страхова модель* (бісмарківська модель) – зародження розглядуваної моделі фінансування охорони здоров'я відбулося в Німеччині, де вперше в світовій історії у 1883 р. було прийнято закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування [3, с. 112]. Ця модель характерна для багатьох європейських країн (зокрема, Німеччини, Австрії, Бельгії, Нідерландів, Люксембургу, Франції, Швейцарії) і передбачає поєднання бюджетного та страхового фінансування системи охорони здоров'я [5, с. 38–39]. За цієї моделі медична галузь фінансується за рахунок обов'язкових внесків роботодавців та найманих працівників у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою, а також державних виплат (субсидій, субвенцій, дотацій тощо). Розмір внеску залежить від платоспроможності страхувальника, а доступ до послуг – від потреб застрахованих осіб [4, с. 1190]. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави,

але діє у законодавчо визначених межах. Під час соціального страхування гарантується право на точно зумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. У цій моделі держава відіграє роль гаранта в задоволенні суспільно необхідних потреб у медичній допомозі усіх громадян незалежно від рівня доходів. У свою чергу, роль ринку медичних послуг – задоволення потреб споживачів понад гарантований рівень. Отже, багатоканальна система фінансування (з прибутку страхових організацій, відрахувань від зарплати, державного бюджету) створює необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини [1, с. 360–361].

Очевидно, що для України найбільш оптимальним варіантом є остання модель – змішана чи бюджетно- страхова модель. Позаяк ми не можемо відмовитись від бюджетного фінансуванні сфери охорони здоров'я та певних медичних послуг. Водночас потрібно дуже виважено підходити до розмежування публічного та приватного фінансування таких послуг.

Також виокремлюють такі моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я:

➤ державна, бюджетна чи бюджетно- страхова, характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90 % у загальній структурі видатків на охорону здоров'я, є бюджетні кошти (кошти державного та місцевих бюджетів);

➤ страхова модель фінансування системи охорони здоров'я (у основу якої покладено модель Бісмарка), що передбачає фінансування системи охорони здоров'я здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, які держава створила за принципами соціального страхування;

➤ приватна модель фінансування системи охорони здоров'я, що ґрунтується переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена та є мінімальною [3, с. 111]. Ця модель широко впроваджена у США, де функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я. Значний обсяг медичної допомоги в цій країні надають на платній основі, і приватні кошти становлять більше 58 % усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27 % – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32 % – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я. У свою чергу, за рахунок державного фінансування у США покривають лише 41 % усіх витрат у сфері медичного обслуговування, що є найменшим показником серед розвинених країн світу. Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування. Державне фінансування адресних програм медичного обслуговування ґрунтується на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування. Найбільший обсяг державних витрат припадає на дві програми: “Медікейр” і “Медікейд”, якими охоплено майже 20 % населення. Відомо, що на

фінансування цих програм витрачають понад 90 % коштів федерального бюджету, виділених на охорону здоров'я. “Медікейр” є наймасштабнішою державною програмою, основне завдання якої – забезпечувати безкоштовне медичне обслуговування осіб віком понад 65 років. Вона передбачає два види медичного страхування – основне (на випадок стаціонарного лікування) і додаткове, яке вважають добровільним; воно передбачає амбулаторне лікування та інші послуги у приватних лікарів. Основну страховку програми “Медікейр” фінансують за рахунок коштів, які акумулюють через систему соціального медичного страхування. Додаткову медичну страховку фінансують за рахунок доходів федерального бюджету та особистих внесків учасників програми. Друга державна програма “Медікейд” гарантує медичну допомогу американцям із низьким рівнем доходу, на утриманні яких перебувають неповнолітні діти, сліпим та непрацездатним громадянам тощо; її фінансують федеральний уряд і органи управління штатів. Із федерального бюджету оплачують від 50 до 80 % витрат штату на потреби “Медікейд”, решту покриває бюджет кожного штату. Також за рахунок бюджету фінансують програми медичної допомоги ветеранам війни і державної підтримки науково-дослідницької роботи у сфері охорони здоров'я [3, с. 111].

Залежно від форм фінансового забезпечення системи охорони здоров'я розрізняють: державну медичну охорону здоров'я (лікувально-профілактичні заклади держави, які фінансуються державою); некомерційну страхову медицину – систему охорони здоров'я, яка базується на обов'язковому медичному страхуванні; комерційну страхову медицину – система охорони здоров'я, побудована на основі приватного (добровільного) медичного страхування (американський варіант); приватну медицину – систему, при якій лікувальні заклади є приватними, а медичні послуги оплачує безпосередньо населення [5, с. 38].

Як бачимо, більшість моделей передбачає наявність страхової медицини, своєрідної системи, за якої медичні послуги продаються та купуються. “Покупцем” медичної послуги може бути держава, група людей (зклади та установи різних форм власності), фізичні особи. Медичне страхування – це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини”. Метою страхової медицини та медичного страхування є забезпечення громадянам соціальних гарантій і прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку, а також фінансування профілактичних заходів [6, с. 381].

Взагалі медичне страхування передбачає:

- посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги населенню;
- контроль за обсягом і якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами та окремими приватними лікарями;
- розрахунок із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу, згідно з угодою, через страхові фонди (медичні організації), сформовані за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян [6, с. 381].

На сьогодні у світі виділяють такі основні моделі системи медичного страхування:

1) державна модель – система “одного платника”, яка з успіхом функціонує в Франції;

2) модель “керованої конкуренції” – у Швейцарії;

3) модель повністю приватної страхової медицини (США). При цьому наявність у США двох державних програм медичної допомоги – “Medicare” і “Medicaid” не можна вважати повноцінною державною системою медичного страхування, оскільки в процесі формування їхніх фондів не використовують страховий принцип (вони отримують дотації з федерального бюджету США безпосередньо) [7, с. 78].

Базові функції медичного страхування:

➤ ризикова (полягає в захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги під час звернення до медичних установ, завдяки перерозподілу коштів страхового фонду, сформованого спеціалізованою організацією (страховиком) з урахуванням випадкового характеру подій);

➤ накопичувальна (забезпечує захист і поліпшення рівня життя населення завдяки використанню механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, які мають довгостроковий характер);

➤ інвестиційна (дає змогу інвестувати тимчасово вільні кошти страхових організацій в економіку країни);

➤ попереджувальна (пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику та дає змогу страховикам знижувати ймовірність їхнього настання. Водночас попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість усіх учасників страхових відносин у тому, щоб негативні події, що завдають шкоди, не настали. Тому основним завданням страхових організацій, а також економічних суб'єктів господарювання є попередження ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків, ступеня їхнього негативного впливу та масштабів можливих збитків);

➤ контрольна (проявляється в процесі формування та використання коштів страхових фондів. Тому контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують достатність сформованих страхових фондів для виконання страховиками їхніх зобов'язань, а також у контролі якості медичної допомоги, що надається застрахованим особам) [7, с. 76].

У порівняльному аспекті заслуговує на увагу досвід Канади у формуванні власної моделі охорони здоров'я та, відповідно, особливостей фінансування цієї галузі. Так, у всіх провінціях діють стандарти медичної освіти та лікування, запроваджено соціальне обов'язкове медичне страхування, водночас можуть бути певні відмінності в основних джерелах фінансування видатків на охорону здоров'я. Цікаво, що спершу обов'язкове медичне страхування було запроваджено у відносно економічно відсталій, невеликій за чисельністю населення провінції Саскачевані, а потім поширилося на інші провінції, і такі реформаторські кроки виявилися

досить вдалими. У 1947 р. таке рішення було прийнято і реалізовано там урядом партії соціал-демократичного спрямування, яка прийшла до влади за активної підтримки фермерських союзів і профспілок промислових робітників (багато з яких були іммігрантами з Європи). У 1957 р. в провінції було упроваджено обов'язкове медичне страхування, що забезпечує всім жителям базові медичні послуги на безоплатній основі. Принципи та практика охорони здоров'я виявилися настільки успішними і привабливими, що незабаром вони набули широкої підтримки виборців у інших регіонах країни. Досвід Саскачевану став фундаментом для вироблення аналогічних законів про охорону здоров'я в інших провінціях, а також для федерального законодавства. На його основі з 1961 р. стала діяти загальнонаціональна система лікарняного страхування. У 1971 р. було впроваджено універсальну програму загального медичного страхування "Medicare", яка гарантувала безоплатність широкого спектра медичних послуг для всіх громадян країни. Згодом – у 1984 р. – загальнонаціональні стандарти і принципи надання медичної допомоги для усіх громадян країни та легальних мігрантів отримали закріплення в рамковому федеральному законі про охорону здоров'я (Canada Health Act). До цих стандартів належать лікування у стаціонарах та амбулаторних закладах, медична допомога вдома для інвалідів та літніх громадян у соціальних закладах. Провінційні уряди є єдиними покупцями послуг на регіональному рівні та відповідають за їх адміністрування. Іноді вони додатково покривають витрати понад обов'язковий мінімум програми Medicare, зокрема, вартість ліків, лікування хронічних захворювань, нагляд за хворими вдома. Список цих послуг, їх обсяги та межі фінансового покриття постійно розширюються. При цьому, наприклад, стоматологічні та офтальмологічні послуги є переважно приватними, їх надають відповідно до платоспроможних потреб. Незважаючи на те, що Canada Health Act відображає угоду між усіма провінціями і центральним урядом, міжрегіональна рівність підтримується шляхом перерозподілу податкових надходжень від багатших регіонів до бідніших, виплачування їм урядових цільових трансфертів [8, с. 39–40; 9, с. 50].

Основні соціальні програми знаходяться в сфері переважної юрисдикції її суб'єктів (провінцій). Таким чином, у Канаді склалася своєрідна модель охорони здоров'я, яка являє собою сукупність десяти провінційних систем, кожна з яких має деякі організаційні особливості і відмінності в механізмах фінансування. Так, у чотирьох провінціях асигнування на ці цілі виділяються із загальних надходжень до бюджету, а в інших додатково використовуються спеціальні податки і внески. При цьому всі провінції отримують від федерального уряду цільові трансферти на потреби охорони здоров'я. У період становлення регіональних систем лікарняного і медичного страхування (і створення відповідної інфраструктури в 1960–1970-ті рр.) з федерального бюджету покривалося до 50 % коштів, які витрачалися державою на ці цілі. На початку 2000-х рр. федеральний внесок в бюджетне фінансування охорони здоров'я становив приблизно 25 %.

На сьогодні в Україні важливо забезпечити єдність і взаємодію обов'язкового і добровільного страхування. Вважається, що основними етапами реалізації обов'язкового і добровільного страхування як єдиного комплексу є такі:

- оптимізація тарифів із обов'язкового медичного страхування на базі актуарних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність настання страхових випадків;
- обґрунтування оптимальної величини страхових внесків на непрацююче населення, пенсіонерів і дітей;
- впровадження більш прогресивних методів відшкодування витрат медичних організацій із обов'язкового медичного страхування;
- мотивування населення до здійснення контрольних заходів у сфері охорони здоров'я;
- встановлення податкових пільг у системі розвитку добровільного та обов'язкового страхування як для страховиків, так і для страхувальників, із метою укладення довгострокових договорів;
- підвищення страхових тарифів для тих громадян, які бажають користуватися системою державного обов'язкового медичного страхування і звільнення від сплати внесків осіб, які придбали поліс добровільного медичного страхування;
- виключення можливості подвійної оплати послуг, що надаються за програмами добровільного й обов'язкового медичного страхування;
- розробка регламентів і єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, визначення кола відповідальності як медичних організацій, так і медичного персоналу [7, с. 79].

В Україні давно обговорюється питання медичного страхування та страхової медицини. Бюджетного фінансування завжди не вистачає, тому пропонується активніше впроваджувати власне страхову медицину. Попри позитивні моменти, слід зважати на те, що далеко не у всіх регіонах нашої держави страхова медицина може бути активно впроваджена (зокрема, у депресивних регіонах, віддалених гірських селах тощо).

Інколи можна зустріти пропозиції щодо запровадження нової власної моделі фінансування охорони здоров'я в Україні [10]. Ми схильні притримуватися такого підходу, за якого в Україні найбільш прийнятною є бюджетно- страхова модель страхової медицини. Така модель передбачає поєднання бюджетного та іншого фінансування видатків на охорону здоров'я, а також фінансування сфери охорони здоров'я загалом. Особливе значення відводиться широкому впровадженню платних медичних послуг, а також програм, які фінансуються за рахунок бюджетних коштів (в Україні – це ПМГ).

Звернімося до положень Конституції України, ч. 1 ст. 49 якої передбачає: “Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування”.

Страхова медицина ґрунтується на принципах медичного страхування, що є способом захисту населення від соціальних чинників ризику. Відомі два типи медичного страхування – обов'язкове й добровільне. Фонди їх фінансування формуються з різних джерел. Тариф за надання медичної допомоги застрахованим при обов'язковому медичному страхуванні визначається її собівартістю та рентабельністю без урахування прибутку. Добровільне медичне страхування

супроводжується формуванням фондів за рахунок внесків платоспроможного населення. Запровадження страхової медицини – передумова і своєрідна підготовка до роботи медичних установ в умовах конкуренції. Найважливішим критерієм оцінки є якість виконаної роботи. В умовах страхової медицини мають стимулюватися індивідуальна праця, розвиток лікувально-профілактичних установ, заснованих на різних формах власності, що реально моделює децентралізовану, більш гнучку систему охорони здоров'я [5, с. 38].

За Законом України “Про страхування” в нашій державі страхування може бути добровільним або обов'язковим (ст. 5 Закону). При цьому медичне страхування може бути як добровільним (ст. 6 Закону), так і обов'язковим (ст. 7). Привертають особливу увагу види саме обов'язкового страхування, до яких належать, зокрема:

1) медичне страхування (п. 1 ч. 1 ст. 7 Закону);

2) особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків (п. 2 ч. 1 ст. 7 Закону). Порядок та умови обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642. Відповідно до цього Порядку, працівники, зайняті поданням медичної допомоги населенню, проведенням лабораторних і наукових досліджень з проблем ВІЛ-інфекції, виробництвом біологічних препаратів для діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу (далі – працівники), підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції. Також обов'язкове страхування працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції (далі – обов'язкове страхування), здійснюється за рахунок власника (уповноваженого ним органу) закладу охорони здоров'я, науково-дослідних установ та виробника біологічних препаратів для діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу (далі – підприємства). Обов'язкове страхування працівників бюджетних установ і організацій здійснюється за рахунок коштів, передбачених для досягнення цієї мети в кошторисах на їх утримання. Госпрозрахункові установи і організації, госпрозрахункові підрозділи бюджетних установ і організацій, підприємства

здійснюють обов'язкове страхування працівників з віднесенням зазначених витрат на валові витрати;

3) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (п. 19 ч. 1 ст. 7 Закону). Це питання також особливо актуальне в Україні, зважаючи на увагу народних депутатів. Йдеться про те, що вже за останні 5 років до Верховної Ради України подано щонайменше 3 проекти:

проект Закону України “Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні” (№ 4981 від 14.07.2016 р.);

проект Закону України “Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні” (№ 9163 від 04.10.2018 р.). Проект було вже включено до порядку денного, але закон так і не було прийнято;

проект Закону України “Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні” (№ 1178 від 29.08.2019 р.).

Залишається чекати і сподіватися, що за цієї каденції Верховна Рада України все ж таки спроможеться прийняти цей надважливий закон.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Бондар А.В.* Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. Вісник Національного університету “Львівська політехніка”. 2011. № 720: Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. С. 357–364.
2. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 241 с. (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17). URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1) (дата звернення: 15.11.2020).
3. *Карпишин М., Комуницька М.* Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Світ фінансів. 2008. 1(14), березень. С. 110–117.
4. *Петрушка О.В.* Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. Економіка і суспільство. 2017. № 13. С. 1189–1192.
5. *Котова С.С.* Страхова медицина та медичне страхування: необхідність, суть, способи впровадження в Україні. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. 2011. № 4(49). С. 38–41.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
7. *Федорович І.М.* Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 23(2). С. 76–80.
8. *Камінська Т.М.* Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я України. Економічна теорія та право. № 1 (20) 2015. С. 38–50.
9. *Немова Л.А.* Здравоохранение в Канаде на пороге реформ. США–Канада. Экономика. Политика. Идеология. 2011. № 5. С. 45–60. URL: <http://naukarus.com/zdravoohranenie-v-kanade-na-poroge-reform> (дата звернення: 15.11.2020).
10. Валерій Кондрук, автор нової моделі охорони здоров'я в Україні. З бюджетним фінансуванням медпослуг змирилися навіть у Великій Британії. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2060715-valerij-kondruk-avtor-novoi-modeli-ohoroni-zdorova-v-ukraini.html> (дата звернення: 15.11.2020).

## REFERENCES

1. *Bondar, A.V.* (2011) Finansuvannia haluzi okhorony zdorovia v Ukraini ta u zarubizhnykh krainakh. "Healthcare Financing in Ukraine and Abroad". Bulletin of the National University "Lviv Polytechnic" No 720: Management and Entrepreneurship in Ukraine: Stages of Formation and Problems of Development. P. 357–364 [in Ukrainian].
2. Fynansirovanye zdavookhraneniia v Evropeiskom soiuze. Problemy i strachicheskie resheniia. "Health Financing in the European Union. Problems and Strategic Decisions": scientific. ed. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO, 2010. 241 p. (Observatory Research Series; Issue 17). URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1) (Date of Application: 15.11.2020) [in Russian].
3. *Karpyshyn, M., Komunitska, M.* (2008) Klasychni modeli finansovoho zabezpechennia okhorony zdorovia. "Classic Models of Financial Health Care". The World of Finance 1(14), March. P. 110–117. [in Ukrainian].
4. *Petrushka, O.V.* (2017) Osoblyvosti funktsionuvannia modelei medychnoho strakhuvannia v ekonomichno rozvynutykh krainakh. "Features of the Functioning of Health Insurance Models in Economically Developed Countries". Economy and Society 13, 1189–1192 [in Ukrainian].
5. *Kotova, S.S.* (2011) Strakhova medytsyna ta medychno strakhuvannia: neobkhidnist, sut, sposoby vprovadzhennia v Ukraini. "Insurance Medicine and Medical Insurance: Necessity, Essence, Methods of Implementation in Ukraine". Scientific Bulletin of Poltava University of Economics and Trade 4(49), 38–41 [in Ukrainian].
6. Sotsialna medytsyna ta orhanizatsiia okhorony zdorovia. "Social Medicine and Health Care Organization" / under the general. ed. Yu.V. Voronenko, V.F. Moskalenko. Ternopil: Ukrmedknyha, 2000. 680 p. [in Ukrainian].
7. *Fedorovych, I.M.* (2017) Teoretychni ta praktychni zasady realizatsii medychnoho strakhuvannia v Ukraini. "Theoretical and Practical Principles of Health Insurance in Ukraine". Scientific Bulletin of the International Humanities University. Series: Economics and Management. Iss. 23 (2). P. 76–80. [in Ukrainian].
8. *Kaminska, T.M.* (2015) Uroky zarubizhnykh krain dlia reformuvannia okhorony zdorovia Ukrainy. "Lessons from Foreign Countries for Health Care Reform in Ukraine". Economic Theory and Law 1(20) 2015, 38–50 [in Ukrainian].
9. *Nemova, L.A.* (2011) Zdravookhranenie v Kanade na porohe reform. "Healthcare in Canada Is on the Verge of Reform". USA-Canada. Economics. Politics. Ideology 5, 45–60. URL: <http://naukarus.com/zdravookhranenie-v-kanade-na-porohe-reform> (Date of Application: 15.11.2020) [in Russian].
10. Valerii Kondruk, avtor novoi modeli okhorony zdorovia v Ukraini. Z biudzhethnym finansuvanniam medposluh zmyrylysia navit u Velykii Brytanii. Valery Kondruk, author of a new model of health care in Ukraine. Budget funding for health services has been accepted even in the UK. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2060715-valerij-kondruk-avtor-novoi-modeli-okhoroni-zdorova-v-ukraini.html>. (Date of Application: 15.11.2020) [in Ukrainian].

UDC 336.14:61

**Zozulia Diana,**Applicant of the Department of Financial Law of the Institute of Law  
of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine**WORLD PRACTICE OF HEALTH CARE FINANCING: FINANCING MODELS AND INSURANCE MEDICINE**

Research article is devoted to the issues of financing the healthcare sector in Ukraine. Particular attention is drawn to the analysis of funding models. Features of

© Zozulia Diana, 2020

DOI (Article): [https://doi.org/10.36486/np.2020.4\(50\).8](https://doi.org/10.36486/np.2020.4(50).8)

Issue 4(50) 2020

<http://naukaipravookhorona.com/>

insurance medicine in different countries of the world are investigated. Prospects for changing the principles of financing medical care are considered.

Most health care financing models provide for insurance medicine, a system in which health services are sold and bought. The “buyer” of medical services can be the state, a group of people (institutions and establishments of various forms of ownership), individuals. It is determined that health insurance is a system of organizational and financial measures to ensure the activities of insurance medicine. The purpose of insurance medicine and health insurance is to provide citizens with social guarantees and rights to receive medical care at the expense of accumulated funds in the event of an insured event, as well as funding for preventive measures.

Such basic functions of health insurance as: risk, accumulative, investment, preventive, control are analyzed.

It is argued that today in Ukraine it is important to ensure the unity and interaction of compulsory and voluntary insurance.

Considering the experience of foreign countries in the formation of their own system of financing the medical sector, health care, etc., it is proved that despite the positive aspects, it should be borne in mind that not in all regions of our country insurance medicine can be actively implemented (in particular, regions, remote mountain villages, etc.).

Draft laws on the regulation of relations in the field of health insurance are considered.

**Keywords:** insurance medicine, medical care, financing, health care, patient, state.

Отримано 25.11.2020