

Електронне наукове фахове видання "Ефективна економіка" включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Наказ Міністерства освіти і науки України від 29.12.2014 № 1528) [www. economy.nayka.com. ua](http://www.economy.nayka.com.ua) | № 12, 2018 | 27.12.2018 р.

DOI: [10.32702/2307-2105-2018.12.11](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2018.12.11)

УДК 368.9.06

*С. В. Онишко,  
д. е. н., професор, заслужений діяч науки і техніки України  
Університет державної фіскальної служби України  
Ю. В. Шевчук,  
старший викладач кафедри фінансових ринків  
Університет державної фіскальної служби України*

## **ПРОБЛЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ СПВІДНОШЕННЯ МІЖ СПРАВЕДЛИВІСТЮ ТА ЕФЕКТИВНІСТЮ**

*S. V. Onyshko  
Doctor of Economics, Professor,  
Honored Worker of Science and Technology of Ukraine  
University of State Fiscal Service of Ukraine  
Yu. V. Shevchuk  
Senior Lecturer of the Financial Markets Department,  
University of State Financial Service of Ukraine*

### **PROBLEMS OF HEALTH CARE FINANCIAL SUPPORT IN UKRAINE IN THE CONTEXT OF THE EQUITY AND EFFICIENCY CORRELATION OPTIMIZATION**

*У статті розглянуто роль оптимізації співвідношення між справедливістю та ефективністю як важливого чинника розбудови механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я. Обґрунтовано, що досягнення такої оптимізації сприятиме визначенню пріоритетів державного і приватного фінансування як основи формування адекватної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Досліджено загальну концепцію вирішення завдання розподілу державних ресурсів між різними напрямками на прикладі використання кривої виробничих можливостей, яка відображає різні співвідношення обсягів ресурсів, що спрямовуються в сектор охорони здоров'я та в інші соціально-економічні сфери. Наголошено, що обмеженість ресурсів актуалізує проблему раціонального вибору між обсягами коштів, що виділяються на охорону здоров'я та на інші види економічної діяльності, а звідси і на визначення оптимального співвідношення між обсягом безкоштовних медичних послуг, які фінансуються за рахунок державних ресурсів страхових внесків, й обсягом медичних послуг, що купуються за особисті кошти населення в приватному секторі охорони здоров'я. Визначено, що «провали ринку» обумовлюють необхідність присутності держави в сфері охорони здоров'я, а «провали держави» - доцільність функціонування приватних медичних закладів. Доведено, що для оптимізації співвідношення між ефективністю та справедливістю у сфері фінансування охорони здоров'я, важливо спрогнозувати та кількісно оцінити результат збільшення або скорочення витрат на охорону здоров'я, що дозволить визначити пріоритети*

державного фінансування. Наведено підходи до розв'язання проблеми, що стосується визначення такого обсягу медичної допомоги, що надається населенню безкоштовно за рахунок коштів бюджету і обов'язкового медичного страхування, за якого буде дотримуватися принцип справедливості та підтримуватися економічна ефективність як галузі охорони здоров'я, так і державного сектора в цілому. З'ясовано, що ступінь дотримання принципів справедливості та ефективності залежить від комбінування рис бюджетної, страхової і ринкової моделей фінансування охорони здоров'я, які по різному впливають на доступність медичної допомоги, а відтак, і на стан здоров'я населення.

*The article is devoted to the analysis of equity and effectiveness correlation optimization as an important factor in the development of the health care financial security mechanism. It is substantiated that the achievement of optimal correlation will help to determine the priorities of public and private funding as the basis for the formation of an adequate model of health care financial support in Ukraine. The general concept of solving the problem of distribution of state resources between different directions is explored, for example, using the production capacity curve, which reflects the different ratios of resources allocated to the health sector and other socio-economic spheres. It is stressed that resource constraints highlight the problem of rational choice between the amount of funds allocated for health care and other types of economic activity, and hence the determination of the optimal ratio between the volume of free medical services financed by state resources of insurance premiums, and the volume of medical services purchased for personal expenses of the population in the private sector of health care. Defined that «market falls» substantiates the necessity of state regulation in health care, and «state falls» is the reason for private medical institutions to be present on the market. It is proven that in order to optimize the relationship between efficiency and equity in health financing, it is important to predict and quantify the result of an increase or decrease in health care spending, which will determine the priorities of public funding. Shown the lines to solve the problem of the amount of free state-guaranteed healthcare services that will guarantee both aspects - the principle of equity still works and the healthcare system is efficient in economic terms. It is established that the degree of observance of the principles of justice and efficiency depends on the combination of features of the budget, insurance and market models of health financing, which have different effects on the availability of medical care, and hence on the health of the population.*

**Ключові слова:** охорона здоров'я; фінансове забезпечення; державний сектор; приватний сектор; справедливість; ефективність; оптимізація.

**Key words:** health protection; financial security; private sector; private sector; equity; efficiency; optimization.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** Розбудова в Україні соціально-орієнтованої економіки найтіснішим чином пов'язана з розв'язанням сукупності проблем у сфері охорони здоров'я. Недостатній рівень фінансової спроможності держави обумовлює неналежне фінансове забезпечення надання медичних послуг. Розпочата медична реформа покликана пом'якшити сформовані диспропорції у розвитку сфери охорони здоров'я, накопичені в процесі демографічних і фінансових дисбалансів, що супроводжують соціально-економічний розвиток України. До них слід додати й збільшення витрат оборонного та військового характеру. Вважається, що лише від військових дій на Сході та окупації Криму втрати склали до 25% ВВП. Крім того, не можна скидати з рахунку й ускладнень демографічного характеру, зокрема прогнозується, що до 2020 р. частка осіб працездатного віку становитиме менше половини населення України. Вже наведене відразу формує проблему пошуку моделей врівноваження, з одного боку, соціальних і фінансових інтересів, а з іншого, раціонального розподілу коштів державного бюджету між окремими напрямками соціальних потреб.

**Аналіз основних досліджень та публікацій.** Незважаючи на надзвичайну багатогранність проблематики соціально-орієнтованої моделі ринкової економіки, наука має великі здобутки у сфері фундаментальних основ формування і реалізації моделей розвитку людини та суспільства. Серед зарубіжних

науковців це праці У. Бевериджа, Ш. Бланкарта, Дж. М. Кейнса, Е. В.Ойкена, В. Парето, А. Пігу, П. Самуельсона, Дж. Стігліця, Дж. Тобіна та багатьох інших. У сфері дослідження окремих методів і важелів розв'язання назрілих соціально-економічних проблем виділяються праці вітчизняних науковців, а саме: В. Базилевича, Л.Баранник, Т. Боголіб, П. Єщенко, А. Колота, Е. Лібанової, Л. Лисяк, Н. Топішко, В. Тропіної, В. Федосова, А. Чухна та інших. Вони містять положення, спрямовані на довготривалі ефекти економічного зростання за рахунок належної уваги до розмаїття соціальних процесів, зокрема й тих, що відбуваються у сфері охорони здоров'я.

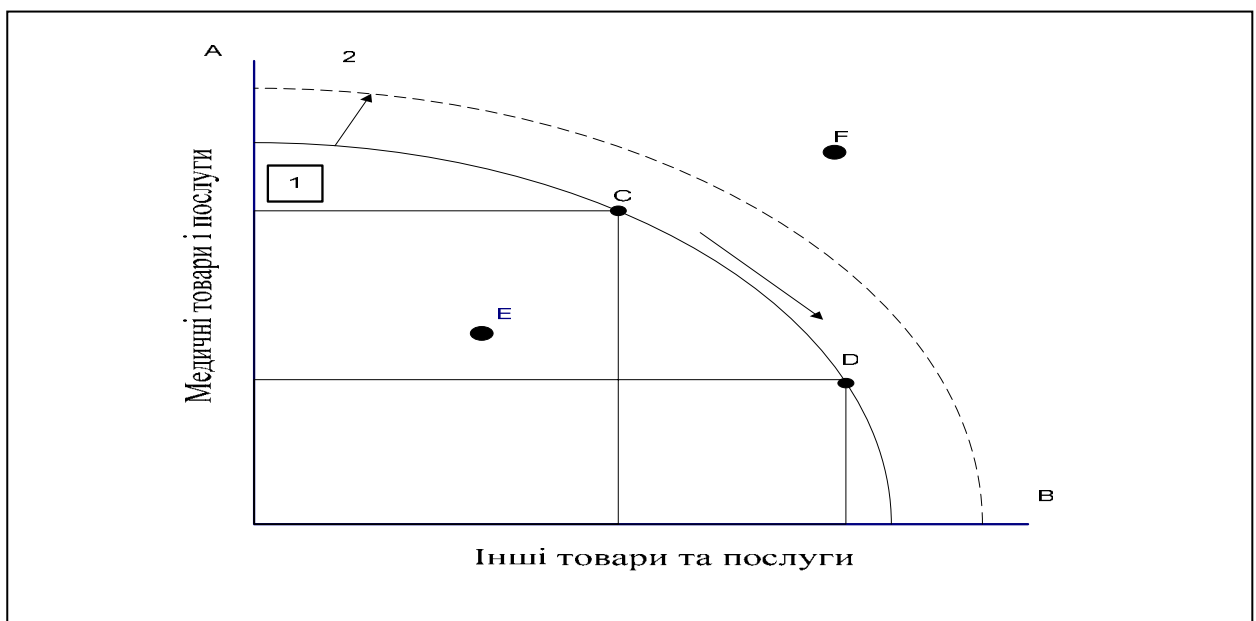
**Невирішена частина загальної проблеми.** Досліджувана проблематика не втрачає своєї актуальності, насамперед, через дію глобальних викликів та ускладнення внутрішніх суперечностей. Одночасно існують переконливі свідчення тому, що існуюча в нашій країні система перерозподілу фінансових ресурсів (як базису здійснення соціальних процесів), не здатна повною мірою забезпечити стратегічний розвиток соціальних процесів. Підтвердженням тому служать показники рівня соціалізації ВВП, які, наприклад, у 2015 р. були на чверть меншими за середнє по країнах ОЕС. Це також нераціональна структура сукупного попиту, коли основу приватного споживання складають харчові продукти та витрати на оплату комунальних послуг тощо, на що нами вже зверталася увага раніше [1]. Спостерігається істотний відрив від передових економік світу у сфері фінансування охорони здоров'я. За даними Державної служби статистики «Національні розрахунки охорони здоров'я України» загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні становить 7,4% ВВП, тоді як в ЄС – 9,5% [2].

Розбудова соціально-орієнтованої економіки за умов обмеженості коштів державного бюджету потребують додаткового осмислення питання вибору напрямів і пропорцій в їх розподілі на соціально-економічні цілі, а також участі у цих процесах приватного сектора. Концептуальність такої постановки питань є очевидною, проте її інструментальність залишається у багатьох аспектах відкритою. Перспектива наступних розвідок лежить у площині пошуку співвідношення між справедливістю та економічною ефективністю, проблеми, яка згідно фундаментальних положень теорій вибору та маржиналізму постає в ряду найбільш значимих та одночасно складних для формування належного соціального захисту населення. Вона на сьогодні не отримала адекватного розкриття, зокрема, в царині фінансового забезпечення охорони здоров'я.

**Мета статті** полягає у з'ясуванні ролі державного і приватного секторів у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я на основі оптимізації співвідношення між справедливістю та ефективністю.

**Основний матеріал дослідження.** Загальну концепцію вирішення завдання розподілу державних ресурсів між різними напрямками представимо на прикладі використання кривої виробничих можливостей, яка відображає різні співвідношення обсягів ресурсів, що спрямовуються в сектор охорони здоров'я та в інші соціально-економічні сфери.

На рис. 1 відображена крива виробничих можливостей для різних комбінацій обсягу виробництва медичних послуг (A) та інших товарів (B). По мірі руху від точки C до точки D по кривій виробничих можливостей держави кількість вироблених медичних послуг буде зменшуватися, а інших товарів – збільшуватися. Це пов'язане з тим, що будь-яка точка на кривій виробничих можливостей держави відображає певну пропорцію розподілу ресурсів, за якої неможливо збільшити обсяг медичних послуг (A) без зниження обсягу виробництва інших товарів (B). Якщо це небажано, то вихід з такої ситуації лежить у площині збільшення загального обсягу наявних у розпорядженні держави ресурсів. На графіку це відобразиться у переміщенні кривої з положення точки 1 до положення точки 2. Очевидно, що на практиці це фактично не можливо без суттєвих макроекономічних наслідків, які не завжди є позитивними.



**Рис. 1. Крива виробничих можливостей держави, що відображає співвідношення виробництва і надання медичних послуг та інших товарів за обмежених ресурсів**

*Джерело: складено на основі [3, с. 19]*

Точки, які розташовані нижче кривої виробничих можливостей держави (наприклад, точка Е), відображають неефективне використання наявних ресурсів. За підвищення ефективності використання ресурсів, держава матиме можливість профінансувати і надати більше як медичних послуг (А), так і виробити інших товарів (В). Точки, що лежать в площині над межею кривої виробничих можливостей держави (наприклад, точка F), відображають недосяжний за наявних умов обсяг ресурсів, що можуть розподілитися між охороною здоров'я та іншими напрямками видатків.

Відтак, обмеженість ресурсів актуалізує проблему раціонального вибору між обсягами коштів, що виділяються на охорону здоров'я та на інші види економічної діяльності, а звідси - на визначення оптимального співвідношення між обсягом безкоштовних медичних послуг, що фінансуються за рахунок державних ресурсів страхових внесків, й обсягом медичних послуг, що купуються за особисті кошти населення в приватному секторі охорони здоров'я.

Позитивний ефект залучення приватних джерел фінансування до галузі охорони здоров'я пов'язаний з тим, що таке залучення прямо не впливає на збільшення виробництва інших товарів та послуг, проте може збільшити обсяги медичних послуг порівняно з ситуацією, коли використовуються тільки державні кошти. Однак, у цьому випадку постає питання забезпечення доступності медичної допомоги. Очевидно, що саме менш забезпечені верстви населення формують попит на медичні товари та послуги, що надаються безкоштовно. Адже більш забезпечені верстви населення мають можливість користуватися платними медичними послугами. Однак за принципом справедливості доступність медичних послуг не повинна залежати від платоспроможності населення. Відтак, ми стикаємося з наявністю екстерналій (зовнішніх ефектів), коли дії одного суб'єкта впливають (позитивно чи негативно) на інших суб'єктів незалежно від їх участі та бажання. Це формує необхідність регулюючого впливу держави [4].

Співвідношення між безкоштовними і платними медичними послугами має регулювати держава. Позиція, згідно з якою державне втручання в економіку необхідно, оскільки уряду краще відомі інтереси людей, навіть якщо вони самі їх не розуміють і не усвідомлюють, що має назву патерналізм [5], особливо поширена у сфері регулювання охорони здоров'я та освіти для обґрунтування доцільності участі державного сектора як в інтересах окремої людини, так і суспільства в цілому. В цьому контексті загострюється завдання вибору такої моделі фінансування охорони здоров'я, яка за наявних фінансових можливостей забезпечуватиме дотримання принципу справедливості за збереження високого рівня ефективності використання державних коштів.

Дотримання принципу справедливості пов'язане з двома іншими принципами: принципом еквівалентності (солідарності) і принципом платоспроможності. На їх основі формуються два види справедливості: горизонтальна і вертикальна. Горизонтальна справедливість передбачає, що всі, хто мають однакову інтенсивність потреби у медичній допомозі, отримують її в рівному обсязі, незалежно від своїх фінансових можливостей. Вертикальна справедливість передбачає, що доступність і обсяг медичних послуг мають залежати не тільки від стану здоров'я, але і від фінансових можливостей споживачів, оскільки в протилежному випадку знижується мотивація до ефективної праці, а відтак – ефективність соціально-економічної системи.

Оптимізація вибору між справедливістю та ефективністю відноситься до вкрай складних питань [6], адже їх співвідношення характеризується зворотною залежністю, коли підвищення економічної ефективності потребує відмови від частини справедливості і навпаки. Проте, при вирішенні проблеми вибору між справедливістю та ефективністю у сфері охорони здоров'я виникає декілька принципових питань. По перше, наскільки можливо відмовитися від справедливості для підвищення економічної ефективності в державному секторі охорони здоров'я? По-друге, якщо уряд приймає рішення про підвищення справедливості, то чи буде воно відповідати принципу Парето, тобто, чи буде збільшення обсягу безкоштовної медичної допомоги населенню за рахунок державних коштів рухом з точки, що лежить нижче кривої виробничих можливостей, в точку, що лежить на цій кривій. Чи це буде лише рухом вздовж кривої виробничих можливостей, коли збільшення витрат на охорону здоров'я веде до зниження витрат за іншими напрямками? По-третє, наскільки позитивний ефект від підвищення рівня справедливості, що проявиться у формі збільшення обсягу безкоштовної медичної допомоги населенню, буде більшим від обсягу втрат від зниження економічної ефективності діяльності?

Якщо розглядати ефективність за Парето, то ринок приватних медичних послуг може бути ефективним лише за певних умов. Однак, у будь-якому випадку він не забезпечуватиме рівну доступність медичного обслуговування для всіх верств населення (навіть незважаючи на виконання принципу ефективності). Це пов'язано з нерівністю в розподілі доходів, об'єктивно притаманній ринковій економіці.

Стосовно забезпечення принципу справедливості у сфері охорони здоров'я, то його ключовим методом може бути зміна розподілу доходів, зокрема через використання прогресивної системи оподаткування. Проте ефективнішим вважається підхід, заснований на збільшенні обсягу медичної допомоги, що надаються населенню безкоштовно. Адже, збільшуючи обсяг медичної допомоги, держава

безпосередньо поліпшує становище малозабезпечених верств населення, які не мають можливості користуватися послугами ринку приватних медичних послуг через низькі доходи. Відтак, підвищується рівень справедливості в суспільстві.

Якщо сконцентруватися на забезпеченні принципу ефективності в державному секторі охорони здоров'я (не беручи до уваги проблему справедливості), то збільшення обсягів безкоштовної медичної допомоги не буде вважатися прийнятним, якщо воно призводитиме до економічних втрат. Ці втрати обумовлені необхідністю перерозподілу коштів із інших напрямів до сектору надання безкоштовної медичної допомоги, що в умовах обмеженості ресурсів веде до скорочення виробництва інших товарів.

Таким чином, постає ключова проблема: визначити обсяг медичної допомоги, що надається населенню безкоштовно за рахунок коштів бюджету і обов'язкового медичного страхування, за якого буде дотримуватися принцип справедливості та підтримуватися економічна ефективність як галузі охорони здоров'я, так і державного сектора в цілому.

Для її розв'язання доцільно звернутися до положень закону спадної граничної корисності [7; 8]. З позиції маржиналістів, згідно першого закону Госсена при послідовному споживанні медичних послуг корисність кожної наступної медичної послуги для пацієнта буде нижчою за попередню. Однак, особливістю медичних послуг є те, що, якщо для досягнення позитивного результату (повного вилікування, стабільного поліпшення здоров'я тощо) необхідно отримати послідовно декілька однорідних медичних послуг, то цінність кожної наступної із них для пацієнта буде зростати до тих пір, поки не буде досягнуто потрібного ефекту. І лише після цього гранична корисність медичних послуг почне спадати і поступово досягне нульового значення корисності для пацієнта.

Згідно другого закону Госсена, за наявності певної кількості різних товарів і послуг індивідуум упродовж обмеженого періоду часу може споживати їх у різних комбінаціях, що мають різні ступені корисності. Обмеженнями таких комбінацій є ціни на товари і послуги та обсяг наявних коштів індивідуума. Приймаючи рішення про те, яку кількість товарів або послуг придбати, індивідуум буде виходити з граничної корисності додаткової одиниці товару або послуги і граничних витрат покупки (ціни). Порівнюючи граничну корисність і граничні витрати, споживач приймає рішення, яку кількість товару або послуг придбати.

При придбанні безкоштовних медичних послуг таких обмежень не існує. Тобто, гранична корисність медичних послуг та їх ціна і наявні ресурси споживача не є визначальними факторами у формуванні попиту: медичні послуги будуть споживатися навіть тоді, коли їх гранична корисність буде нульовою (якщо звичайно, дана послуга не буде шкодити здоров'ю). В даному випадку може виникнути надмірне споживання даного товару або послуги, що означатиме зниження суспільної ефективності та втрату суспільного добробуту.

Звідси, можна зробити важливий висновок: необмежене збільшення обсягу наданої безкоштовної медичної допомоги (з точки зору закону спадної граничної корисності) є необґрунтованим, оскільки корисність споживання медичних послуг зростає лише до певного моменту. Після нього гранична корисність буде знижуватися і досягне рівня, коли граничні витрати надання медичної допомоги перевищать граничну корисність від споживання додаткової послуги, що знизить економічну ефективність використання обмежених ресурсів держави. Отже, підвищення рівня справедливості щодо забезпечення населення медичними послугами не завжди дає позитивний економічний результат. Це зумовлює обмеження безкоштовних медичних послуг і посилення контролю за використанням державних коштів на них. Також виникає необхідність в ефективних методах регулювання (обмеження) споживання медичних послуг. Існує можливість встановлення певної плати, що обмежить попит, але для державного сектора охорони здоров'я доцільно обрати інший метод – надання рівного обсягу медичних послуг усьому населенню, а ті споживачі, які хочуть отримати більше послуг, можуть придбати їх на приватному ринку. В даному випадку негативним аспектом (з погляду дотримання принципів справедливості та ефективності) є недостатнє врахування відмінностей у потребах і уподобаннях споживачів.

Інший метод обмеження попиту на медичні послуги – це черга, що розтягує попит у часі. Однак, це не найкращий спосіб відокремити тих, хто дійсно потребує допомоги від тих, хто потребує її меншою мірою. Наприклад, вважається, що безробітні та пенсіонери спроможні більш тривалий час очікувати медичну допомогу, навіть за більшою потребою у ній, ніж працюючі індивідууми. Тобто, особливістю попиту на медичні послуги є його нееластичність за ціною, коли зміна ціни справляє незначний вплив на зміну попиту.

Якщо на ринку приватних медичних послуг рівновага визначається співвідношенням попиту і пропозиції, то в сегменті надання державою безкоштовної медичної допомоги рівновага має підтримуватися на основі принципу ефективності «за Парето», що утруднює планування і розподіл фінансових ресурсів. Для отримання додаткової одиниці медичної допомоги, що надається державою, індивідууму необхідно відмовитися від придбання певної кількості інших товарів на користь збільшення податків. Сума товарів, від яких необхідно відмовитися – це гранична норма збільшення безкоштовних медичних послуг, що враховує витрати, зумовлені зростанням податків, необхідних для фінансування громадських витрат.

Відтак, для оптимізації співвідношення між ефективністю та справедливістю у сфері фінансування охорони здоров'я, важливо спрогнозувати та кількісно оцінити результат збільшення або скорочення витрат на охорону здоров'я, що дозволить визначити пріоритети державного фінансування.

Використовуючи положення теорій економічної ефективності, суспільного вибору і інституціональної економічної теорії як основи аналізу фінансування медичної допомоги, зазначимо, що наслідки функціонування системи охорони здоров'я пов'язані, головним чином, з позитивними наслідками діяльності держави, зокрема, покращанням якості людського капіталу, підвищенням продуктивності праці. Однак, зважаючи, що ні у витратах, ні в цінах зовнішні ефекти не враховуються, позитивні наслідки діяльності держави щодо покращання системи охорони здоров'я, враховуються недостатньо. Наприклад, вплив страхування на поведінку споживачів називають ще проблемою морального ризику, адже страхування впливає не тільки на обсяг і якість медичного обслуговування, але й на зусилля людини щодо підтримки свого здоров'я. Оскільки люди оплачують не всі витрати на медичні послуги, то вони можуть недостатньо уваги приділяти діям по запобіганню хвороби [9].

На окреслених методологічних засадах виникла ідея, що бюджетної консолідації легше досягти, якщо населення почне в першу чергу покладатися на себе (сім'ю, друзів і т.д.). Тобто, соціальне забезпечення, в тому числі медичними послугами, за рахунок державних коштів має стати гарантією забезпечення мінімальних стандартів рівня життя. Відтак соціальна система держави розглядається переважно як засіб гарантування доступності соціальних благ населенню, яке не має можливостей їх самостійного забезпечення [9]. Це може розцінюватися як аргумент на користь формування ринкової моделі охорони здоров'я (на основі приватного фінансування), заснованої на принципах конкурентного ринку.

У ринковій моделі фінансування охорони здоров'я джерелами коштів функціонування медичних закладів є особисті доходи громадян і кошти роботодавців. Громадяни або оплачують послуги безпосередньо по факту лікування (платні медичні послуги), або вдаються до послуг системи добровільного медичного страхування, купуючи поліс самостійно, або користуючись полісом, який надає роботодавець на умовах корпоративного страхування. Система приватного фінансування охорони здоров'я характеризується наявністю конкуренції між страховиками, які намагаються запропонувати більш привабливі умови за програмами добровільного медичного страхування для залучення споживачів.

Однак на практиці жодна з умов вільної конкуренції на ринку медичних послуг не виконується. На ринку обмежена кількість продавців (постачальників медичних послуг), максимізація прибутку не є основною метою діяльності для медичних організацій. При здійсненні діяльності приватні лікувально-профілактичні установи частково орієнтуються на максимізацію доходу і збільшення попиту на медичні послуги і намагаються уникати складних захворювань і патологій, які збільшують собівартість лікування і, отже, знижують економічну ефективність їх діяльності.

Це вказує, що ринок медичних послуг є недосконалим, тобто обсяг запропонованих медичних послуг не відповідає попиту на них, що вимагає регулюючого втручання держави. З цих причин держава виступає інститутом, який забезпечує надання спеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги в рамках програми державних гарантій за рахунок коштів бюджету і системи обов'язкового медичного страхування. Органи управління національною системою охорони здоров'я зацікавлені в скороченні попиту на медичні послуги за рахунок профілактичних заходів, формування світогляду здорового способу життя, проведення вакцинації, регулярної диспансеризації населення тощо. Це, безсумнівно, впливає на запобігання та раннє виявлення захворювань і зниження витрат на дорогу медичну допомогу.

Тобто, кожен із досліджених підходів до фінансування має свої переваги і недоліки. Ефективність ринкової моделі фінансування охорони здоров'я (добровільне медичне страхування) залежить від збільшення попиту на медичні послуги для лікування захворювань, що не відносяться до важких і хронічних форм. На відміну від бюджетного фінансування (обов'язкове медичне страхування) охорони здоров'я у ринковій моделі обсяг медичних послуг визначається платоспроможністю пацієнтів, що частково порушує принцип справедливості в частині забезпечення рівного доступу до медичної допомоги осіб з різним рівнем доходів.

Недоліком системи бюджетного фінансування є високий ступінь залежності від економічної ситуації в країні, від обсягу бюджету, що веде до зацікавленості у зниженні попиту на медичні послуги через покращання здоров'я населення. У випадку запровадження системи обов'язкового та добровільного медичного страхування обсяги фінансування зберігатимуть залежність від економічної кон'юнктури. Тому обсяг безкоштовної медичної допомоги гарантований програмами державних гарантій населенню, може не виконуватися, що порушує принцип справедливості. Заявлений гарантований обсяг медичних послуг не відповідає наявним у бюджеті коштам, а це порушує конституційні права громадян на отримання стандартного пакету медичних послуг.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Підсумовуючи, можна стверджувати, що саме «провали ринку» обумовлюють необхідність присутності держави в сфері охорони здоров'я, а «провали держави» - доцільність функціонування приватних медичних закладів. Ступінь дотримання принципів справедливості та ефективності залежить від комбінування рис бюджетної, страхової і ринкової моделей фінансування охорони здоров'я, які по різному впливають на доступність медичної допомоги, а відтак, і на стан здоров'я населення (прямо і опосередковано). Тому перспективи подальших досліджень пов'язані з формуванням найбільш ефективного варіанту фінансового забезпечення охорони здоров'я, спираючись на одну із моделей в якості її основи.

### Список літератури.

1. Онишко С.В. Узгодження фінансової і соціальної політики як передумова розбудови соціально-орієнтованої економіки // Незалежний аудитор № 21 (Ш ), 2017. С. 2-8.
2. Державна служба статистики. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України». 2013 рік. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv\\_u/15/Arch\\_nroz\\_bl.htm](https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm)
3. Стігліц Дж. Економіка громадського сектора: пров. з англ. / Дж. Стігліц. - М .: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. - 720 с.
4. Fuchs V.R. From Bismarck to Woodcock: The "Irrational" Pursuit of National Health Insurance. Ch. 13 of The Health Economy. Cambridge, M.A .: Harvard University Press, 1986. – P. 257–271.
5. Tobin J. On limiting the Domain of Inequality // J. of Law and Economics. 1970. – № 13. – P. 263–277.
6. Engelbert Theurl. Governments and Health Care Regulation. Papers of the Summer School "The Economics of the Health Care Sector", European Science Days, Steyr, Austria, July 2008.
7. Візер Ф. Теорія суспільного господарства (обр. Гл.) // Австрійська школа в політичній економії : К. Менгер, Е. Бем-Баверк, Ф. Візер: пров. з нім. : Економіка, 1992. – С. 435–436.
8. Госсен Г. Gossen Hermann Heinrich (1810–1858) // Блауг М. 100 великих економістів до Кейнса. СПб .: Ткономікус, 2008. – С. 88–90.
9. Ковальова Т. М. Фінансово-кредитні відносини в умовах глобалізації : монографія / за ред. Т.М. Ковальової. Самара: Изд-во Самар. держ. екон. ун-ту, 2011. – С. 45.

### References.

1. Onyshkob S.V. (2017), "Harmonization of financial and social policy as a prerequisite for the development of a socially oriented economy", *Nezalezhnyi audytor*, vol. 21, pp. 2-8.
2. State Statistics Service of Ukraine (2013), Statistical bulletin "National Accounts of Health Care (NRS) of Ukraine", [Online], available at: [https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv\\_u/15/Arch\\_nroz\\_bl.htm](https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm)
3. Stihlits Dzh. (1997), *Ekonomika hromadskoho sektora* [Public Sector Economy], Yzd-vo MHU: YNFRA-M, Moscow, Russia, P. 720.
4. Fuchs V.R. From Bismarck to Woodcock: The "Irrational" Pursuit of National Health Insurance. Ch. 13 of The Health Economy. Cambridge, M.A .: Harvard University Press, 1986. – P. 257–271.
5. Tobin J. On limiting the Domain of Inequality // J. of Law and Economics. 1970. – vol. 13. – P. 263–277.
6. Engelbert Theurl. Governments and Health Care Regulation. Papers of the Summer School "The Economics of the Health Care Sector", European Science Days, Steyr, Austria, July 2008.
7. Vizer, F. Menher, K. and Bem-Baverk, E. (1992), *Teoriia suspilnoho hospodarstva* [The theory of social economy], Avstriiska shkola v politychnoi ekonomii, Ekonomika, pp. 435–436.
8. Hossen, H. and Blauh, M. (2008), *100 velykykh ekonomistiv do Keinsa* [100 great economists to Keynes], Tkonomikus, SPb., Russia, pp. 88–90.
9. Kovalova, T. M. (2011), *Finansovo-kredytni vidnosyny v umovakh hlobalizatsii* [Financial-credit relations in the conditions of globalization], Yzd-vo Samar. derzh. ekon. un-tu, Samara, Russia, P. 45.

Стаття надійшла до редакції 20.12.2018 р.