

### Головний редактор:

**Присяжнюк Володимир Костянтинович**, ректор Академії муніципального управління, д.т.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України.

### Заступники головного редактора:

**Дацій Олександр Іванович**, директор Науково-навчального інституту регіонального управління та місцевого самоврядування Академії муніципального управління, д.е.н., професор, Заслужений працівник освіти України

**Лоцихін Олександр Миколайович**, д.ю.н., завідувач кафедри теорії, історії держави і права та конституційного права Академії муніципального управління, Заслужений економіст України

### Шеф-редактор:

**Головач Володимир Володимирович**, кандидат юридичних наук, директор аудиторської фірми "Аналітик".

### Члени редакційної колегії:

**Баймуратов Михайло Олександрович**, д.ю.н., професор кафедри муніципального права Академії муніципального управління

**Вініченко Ігор Іванович**, д.е.н., доцент, завідувач кафедри економічної теорії та економіки сільського господарства Дніпропетровського державного аграрного університету

**Глушков Валерій Олександрович**, д.ю.н., професор кафедри адміністративних та кримінальноправових дисциплін Академії муніципального управління

**Іванюта Василь Романович**, д.е.н., доцент, професор кафедри менеджменту Полтавського університету економіки і торгівлі

**Кампо Володимир Михайлович**, к.ю.н., професор кафедри муніципального права, суддя Конституційного суду України

**Клименко Олена Вікторівна**, к.ю.н., доцент кафедри теорії, історії держави і права та конституційного права Академії муніципального управління

**Клименюк Микола Миколайович**, завідувач кафедри менеджменту Академії муніципального управління, д.е.н., професор

**Кондрашихін Андрій Борисович**, д.е.н., доцент, завідувач кафедри фінансів Академії муніципального управління

**Кононенко Леонід Минович**, к.ю.н., професор кафедри адміністративних та кримінальноправових дисциплін Академії муніципального управління

**Копан Олексій Володимирович**, д.ю.н., професор, перший заступник Керівника Міжвідомчого науково-дослідного центру з проблем боротьби з організованою злочинністю при Раді національної безпеки і оборони України

**Корецька Світлана Олександрівна**, д.е.н., доцент, професор кафедри фінансів Академії муніципального управління

**Литвин Олександр Петрович**, к.ю.н., професор, завідувач кафедри адміністративних та кримінальноправових дисциплін Академії муніципального управління

**Луць Володимир Васильович**, д.ю.н., професор, член-кореспондент Академії правових наук, завідувач кафедри цивільноправових дисциплін Академії муніципального управління

**Манцевич Юрій Миколайович**, д.е.н., доцент, завідувач секретаріату Комітету Верховної Ради України з питань будівництва, містобудування і житловокомунального господарства

**Невелєв Олександр Мішійлович**, д.е.н., доцент, завідувач кафедри менеджменту зовнішньоекономічної діяльності Академії муніципального управління

**Озерський Ігор Володимирович**, доктор юридичних наук, доцент, академік міжнародної кадрової академії, відмінник освіти України, радник юстиції, проф. кафедри кримінального права та правосуддя Запорізького нац. університету

**Приходько Христина Вікторівна**, к.ю.н., доцент, завідувач кафедри муніципального права Академії муніципального управління

**Прушківський Володимир Геннадійович**, д.е.н., професор, перший проректор Запорізького національного технічного університету

**Сук Петро Леонідович**, д.е.н., доцент, професор кафедри обліку і аудиту Академії муніципального управління

**Фрицький Юрій Олегович**, д.ю.н., професор кафедри теорії, історії держави і права та конституційного права Академії муніципального управління

**Царенко Оксана В'ячеславівна**, д.е.н., доцент, завідувач кафедри обліку і аудиту Академії муніципального управління

### Випусковий редактор:

Куцяк Олександр Анатолійович

# ЕКОНОМІКА ФІНАНСИ ПРАВО

## ЩОМІСЯЧНИЙ ІНФОРМАЦІЙНО- АНАЛІТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

№ 3/1'2014

(видається з 1994 року)

### Журнал включено

до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата з економічних наук

Постанова президії ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 1-05/6. Реєстраційне свідоцтво серії КВ № 4384 від 18 липня 2000 р.

### Засновник:

Аудиторська фірма "Аналітик" спільно з Академією муніципального управління

### Статті обов'язково проходять

### відбір, внутрішнє і зовнішнє рецензування

Рекомендовано до друку Вченою радою Академії муніципального управління. Протокол №35 від 18 березня 2014 року. Повний або частковий передрук матеріалів журналу допускається лише за згодою редакції. Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори. За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Підписано до друку 18.03.2014

Формат 60/84/8

Наклад – 250 прим.

Адреса редакції: 01001, м. Київ, вул. Хрещатик, 44

Телефони: (099) 143-03-99, (066) 178-20-42, (097) 178-90-89

Факс: (044) 279-63-47

E-mail: efp.redaktor@gmail.com

Сайт: www.efp.in.ua



© "Аналітик", 2014

© "Економіка. Фінанси. Право", 2014

Суб'єкт видавничої справи

Типографія "Альфа Реклама"  
м. Київ,  
вул. Велика Васильківська, 139

## ЗМІСТ

### **ЕКОНОМІКА**

---

О.С. ВИСОЧАН, І.Р. КІШ. Формування системи якісних критеріїв внутрішньо-господарської звітності для задоволення потреб керівництва підприємства .....	3
О.М. ПАРУБЕЦЬ. Особливості та сфера застосування сучасних технологій мережевої взаємодії підприємств транспорту .....	8
І.П. ПЕТРОВСЬКА. Конвергенція науки та виробництва як пріоритетний напрям підвищення державної інноваційної політики .....	11
І.В. МУСТЕЦА. Якісний стан основних засобів на підприємствах готельного господарства .....	15

### **ФІНАНСИ**

---

В.М. ОЛІЙНИК, В.С. ЛИСЕНКО. Структурний аналіз моделей Беверіджа та Бісмарка .....	18
Є.М. БОГАТИРЬОВА. Критерії результативності та якості проведення податкової реформи .....	25
К.В. САВЧЕНКО, В.Г. БОРОНОС. Формування концепції функціонування стабілізаційного фонду в Україні .....	30
А.В. ЛУГОВА, О.М. ДАХНО. Напрями вдосконалення оподаткування нерухомості в Україні .....	36
Л.В. СІКАЧ, О.М. ДАХНО. Проблеми вдосконалення використання податку на додану вартість .....	41
О.В. КИЛИМИСТА, О.М. ДАХНО. Сутність ухилення від сплати податків, причини та основні чинники .....	46
Н.В. ДУТОВА, Д.В. ГРОМІК. Аудиторський ризик та його складові елементи .....	51
Ю.Л. ПЕТРУШЕВСЬКИЙ, В.О. ЄВСЄНКО. Роль інтерактивних методів навчання у професійній підготовці фахівців з обліку і аудиту .....	55
М.В. МНИХ. Україна та Європейський Союз сьогодні .....	61
А.В. ПІСКУН. Історія національних рахунків .....	64
М.О. СУЛИМА. Організація аудиту касової роботи банку .....	67
М.О. СЛАТВІНСЬКА. Методичні підходи до оцінювання соціально-економічного ефекту від застосування спрощеної системи оподаткування .....	71

### **ПРАВО**

---

І.С. КУНЕНКО. Актуальні проблеми вдосконалення законодавства щодо конституційного процесу...	75
--	----

### **ТЕЗИ НА КОНФЕРЕНЦІЮ**

---

Р.М. СКРИНЬКОВСЬКИЙ, О.С. ПРОЦЕВЯТ, Ю.І. ЦИБУЛЬСЬКИЙ. Концепція процесно-структурованого маркетингу .....	79
---	----

**ОЛІЙНИК**Віктор Михайлович  
oliynyk.viktor@gmail.com

УДК 330.4+[336.531.1+ 613/614]

**СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ  
БЕВЕРІДЖА ТА БІСМАРКА****STRUCTURAL ANALYSIS OF THE  
BEVERIDGE AND THE BISMARCK  
MODELS****ЛИСЕНКО**Варвара Сергіївна  
lysenko.varvara@gmail.comканд. фіз.-мат. наук, доцент  
кафедри фінансів і кредиту,  
Сумський державний університетаспірант, Українська  
академія банківської справи  
Національного банку  
України

*У статті охарактеризовано структурну залежність показника ефективності функціонування системи охорони здоров'я від ряду факторів на прикладі шести країн з впровадженими моделями Беверіджа та Бісмарка. Експертним методом ототожнено ефективність функціонування медичної системи із середньою тривалістю життя населення, а також обґрунтовано економічний зміст даного показника. Визначено шість факторів, які мають найбільший вплив на досліджуваний показник. Вивчено структуру витрат на охорону здоров'я в Україні. За результатами отриманої моделі сформульовано рекомендації для покращення ефективності діяльності української медичної системи шляхом переформування фінансових потоків в галузі.*

*В статье охарактеризовано структурную зависимость показателя эффективности функционирования системы здравоохранения от ряда факторов на примере шести стран с внедренными моделями Бевериджа и Бисмарка. Экспертным методом отождествлено эффективность функционирования медицинской системы со средней продолжительностью жизни населения, а также обосновано экономическое содержание данного показателя. Определены шесть факторов, которые оказывают наибольшее влияние на исследуемый показатель. Изучена структура расходов на здравоохранение в Украине. По результатам полученной модели сформулированы рекомендации для повышения эффективности деятельности украинской медицинской системы путем реформирования финансовых потоков в отрасли.*

*This paper focuses on the structural dependence of the healthcare system efficiency on a number of factors in the countries with Beveridge and Bismarck healthcare models. The authors identified that the effective functioning of healthcare system can be described by the average duration of life; they grounded the economic content of the main indicator. Six factors that had the greatest effect on the studied parameters were found. The structure of healthcare spending in Ukraine was analyzed. Taking into account the obtained model, recommendations for improving the efficiency of the Ukrainian healthcare system were formulated (the major one is about reorganizing the financial flows in the sector).*

**Ключові слова:** фінансування охорони здоров'я, добровільне медичне страхування, державні витрати, тривалість життя, оцінка ефективності медичної системи, модель Беверіджа, модель Бісмарка

**Ключевые слова:** финансирование охраны здоровья, добровольное медицинское страхование, государственные затраты, продолжительность жизни, оценка эффективности медицинской системы, модель Бевериджа, модель Бисмарка

**Keywords:** healthcare financing, voluntary health insurance, public spending, lifetime, evaluating the effectiveness of healthcare systems, Beveridge model, Bismarck model

**ВСТУП**

Відповідно до інформації, яка міститься у програмі економічних реформ на 2010-2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [1], для України наразі характерною є низька якість медичних послуг, які надаються, а також нерівний доступ до них з боку різних верств населення. До того ж, згідно офіційної статистики, медичні витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг. Цифри говорять за себе – очікувана тривалість життя українського населення в середньому є на 10 років меншою, ніж в країнах ЄС та Америці, а коефіцієнт дитячої смертності – в 2,5 рази вищим. Все це свідчить про існування значних диспропорцій між фінансуванням системи охорони здоров’я та тим медичним продуктом, який пересічні громадяни отримують „на виході”.

Тематика реформування фінансування сфери охорони здоров’я України для виведення її на якісно новий рівень є актуальною як серед представників преси та державотворців, так і серед науковців, таких як І.М. Шейман, В.П. Горин, А.В. Бондар, І.О. Охріменко, Т.Г. Гудор, О.В. Солдатенко, В.І. Глухова, В.М. Князевич тощо. Проте, в роботах зазначених авторів фокус робиться більше на теоретичний підхід до вирішення даної проблематики без застосування математичного апарату задля більшої обґрунтованості отриманих результатів.

**МЕТА РОБОТИ** полягає у формалізації факторів, які впливають на показник здоров’я нації задля розробки рекомендацій щодо фінансування сфери охорони здоров’я на прикладі країн із розвиненими медичними системами та високими показниками ефективності їх функціонування.

**МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Методологічною та інформаційною базою роботи є наукові праці вітчизняних та зарубіжних науковців, електронні ресурси міжнародних організацій, нормативно-правові акти та матеріали періодичних

видань. В ході дослідження використано методи аналізу, синтезу та порівняння.

**РЕЗУЛЬТАТИ**

Історично в Україні, як і в країнах колишнього Радянського Союзу, склалася досить ефективна система охорони здоров’я, яка базувалася на чіткій ієрархії медичних закладів в країні, великій кількості лікарняних ліжок, культурі профілактичних заходів охорони здоров’я, високій ефективності діяльності спеціалізованих медичних інститутів та якісній підготовці кадрів для роботи в системі охорони здоров’я всередині країни. Проте, після розпаду СРСР система почала демонструвати зниження своєї ефективності насамперед через значну залежність від державних коштів, яких не вистачало, а також завдяки відсутності зв’язку між якістю медичних послуг та видатками на їх фінансування, а також низької мотивації працівників галузі до якісної праці. До того ж, знизився рівень профілактичних медичних заходів (знову ж таки, через повсюдне закриття санаторіїв та профілакторіїв та зменшення уваги з боку населення до власного здоров’я).

Українське сьогодення характеризується підвищенням уваги до проблем медичної системи, пошуком альтернативних джерел її фінансування (чим пояснюється стійке збільшення премій, отриманих за програмами добровільного медичного страхування в Україні, яке активно набирає обертів в нашій державі) та спробами формалізації процесів, які спостерігаються у галузі.

Історично склалося, що об’єктивним показником, який відображає ефективність тієї чи іншої медичної системи, є показник тривалості життя населення [2]. На рис. 1 та 2 містяться дані щодо показника тривалості життя чоловіків та жінок у ряді країн світу (за даними Світового банку [3, 4]), причому по осі абсцис країни розташовано в порядку збільшення їх ВВП на душу населення (як об’єктивного індикатора економічного розвитку держави). Для більшої інформативності показник тривалості життя наведено у динаміці за останні 20 років (відповідно за 1990, 2000 та 2011 роки).

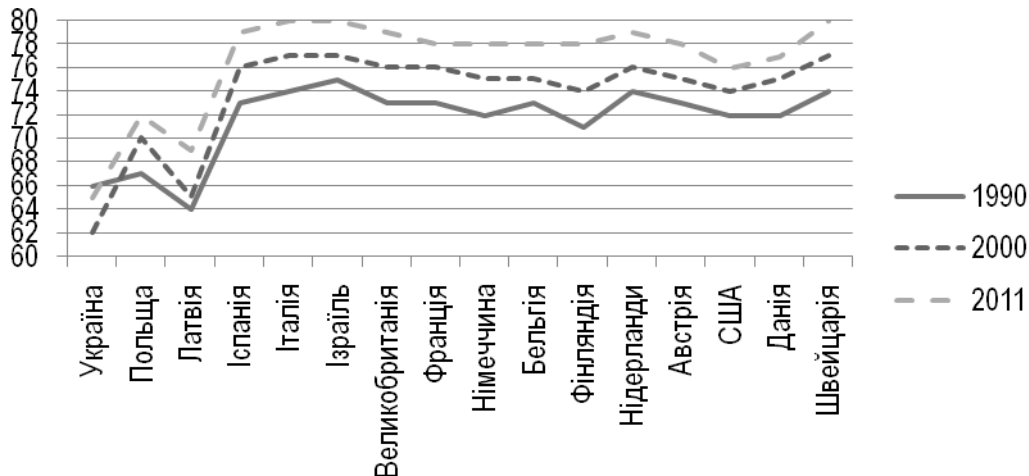


Рис. 1. Тривалість життя чоловіків в окремих країнах у 1990, 2000 та 2011 рр.

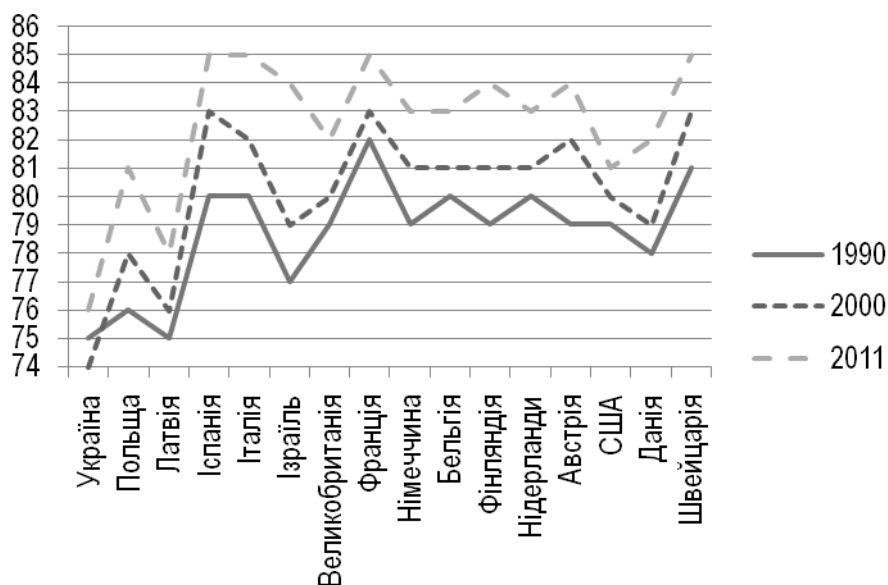


Рис. 2. Тривалість життя жінок в окремих країнах у 1990, 2000 та 2011 рр.

Перше, що видно з рис. 1-2, – це тенденція до росту тривалості життя населення в країнах (за виключенням України у 1990 та 2000 рр.) протягом часу, що свідчить про ефективність впровадження результатів науково-технічного процесу в галузь (поява нових ліків, нового обладнання та нових методів лікування). По-друге, з рисунків чітко видно, що показник ВВП на душу населення визначає і тривалість життя населення в країні: чим більшим є ВВП на душу населення, тим вищими є показники тривалості життя (особливо чітко ця тенденція прослідковується на прикладі Іспанії та Латвії – ВВП на душу населення в цих країнах відрізняється майже в два рази, різниця в середній тривалості життя також є дуже значимою, що видно на графіках).

Також нами було вирішено дослідити показник різниці в тривалості життя жінок (які за статистикою живуть довше через ряд факторів – схильність до здорового способу життя, генетичні особливості, менша вірогідність нехтування власним здоров'ям тощо [5]) та чоловіків (рис. 3). Цікаво, що найменшого значення у 2011 р. цей показник досягнув у Великобританії, Ізраїлі, Нідерландах, Німеччині, Бельгії, США, Данії та Італії, а найвищого – у пострадянських Україні та Латвії, а також Польщі. Можна припустити, що чим більш розвинутою є медична система в країні, тим зменшується різниця у тривалості життя жінок та чоловіків.

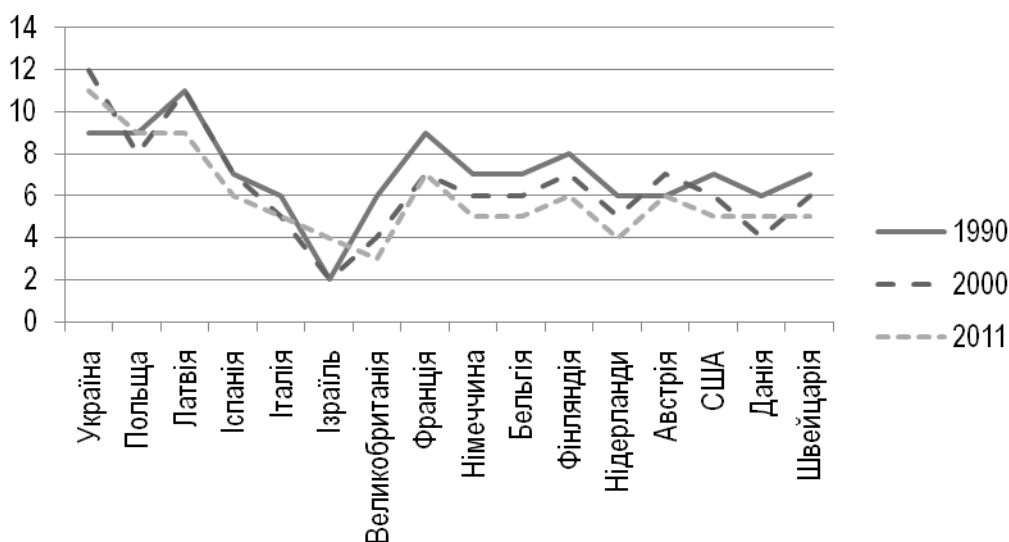


Рис. 3. Динаміка показника різниці в тривалості життя жінок та чоловіків в окремих країнах у 1990, 2000 та 2011 рр.

Очевидно, що виключно значення показника ВВП на душу населення не визначає тривалість життя населення в країні (див. динаміку у Нідерландах, Австрії та США), тому варто припустити, що вплив мають і інші фактори. Для того, щоб мати можливість оцінити вплив того чи іншого фактора (кожен з яких є статтею витрат) на сферу охорони здоров'я, було зроблено спробу описати здоров'я кількісно. Так, ми припустили, що ефективність функціонування медичної системи ( $Y$ ) – тривалість життя населення в країні.

За допомогою даного показника було оцінено ефективність медичних систем шести країн світу, які відображають дві протилежні моделі охорони здоров'я – модель Беверіджа (Фінляндія, Великобританія, Данія) та модель Бісмарка (Німеччина, Нідерланди, Бельгія).

Модель Бісмарка основана на принципі паритетного співвідношення між внесками найманих працівників та працевластців, а також між виплатами та внесками. Важливу роль в моделі грає обов'язкове медичне страхування населення. Модель Беверіджа опирається на принцип солідарності отримання медичної допомоги (тобто, не лише працюючими, а усім населенням незалежно від рівня доходів). Для

даної системи також характерним є значне фінансування медичної системи із державної казни.

Дані країни обрано не випадково. Великобританія та Німеччина – країни, в яких було вперше впроваджено зазначені моделі систем охорони здоров'я (Бісмарка та Беверіджа відповідно); досвід Австрії та Данії в літературі часто відображається як приклад введення соціального страхування в країні; Нідерланди – не лише країна з високим рівнем розвитку медичної системи, але і єдина держава із функціонуючим обов'язковим приватним медичним страхуванням, а Фінляндія (як і Швеція) – взірці імплементації соціальних стандартів у всіх сферах життя суспільства, особливо у медичній. Ми припустили, що математична формалізація досвіду фінансування охорони здоров'я в зазначених країнах зможе допомогти Україні у визначенні власних векторів розвитку медичної системи.

Після того, як було виділено країни, на прикладі яких будуть проводитися розрахунки, методом експертних оцінок визначено перелік показників (обмежено до п'яти у кожній групі), які теоретично можуть мати вплив на ефективність функціонування медичної системи в країні. Дані показники обиралися за трьома групами (табл. 1) за період з 1995 по 2011 рр.

Таблиця 1

**Характеристика показників, які можуть мати вплив на ефективність функціонування медичної системи в країні**

Показники добробуту нації	Показники здоров'я населення	Показники рівня фінансування медичної сфери в країні
(1) ВВП на душу населення (тис. дол. США); (2) соціальні витрати держави (% від ВВП); (3) розмір державного боргу (% від ВВП); (4) державні витрати на допомогу сім'ям в грошовому та податковому вимірі (% від ВВП); (5) імпорт товарів (млн. дол. США).	<b>(6) середня тривалість життя населення (роки)</b> <b>(<math>Y = X6</math>);</b> (7) загальна кількість лікарняних ліжок (млн.); (8) коефіцієнт народжуваності (осіб); (9) кількість практикуючих терапевтів (лікарів загальної практики) (млн. осіб); (10) споживання алкоголю серед дорослого населення (% населення).	(11) загальні витрати на охорону здоров'я (% від ВВП); (12) розмір кишенькових витрат (% від приватних медичних витрат); (13) показник імунізації населення (% дітей віком 12-23 місяців); (14) державні витрати на охорону здоров'я (% від ВВП); (15) пенсії за інвалідністю (% від ВВП).

Перша група – показники, які характеризують добробут нації, тобто рівень економічного розвитку країн. Окрім загальноприйнятих показників ВВП на душу населення, розміру товарного імпорту та показників сукупного державного боргу було вирішено включити до даної групи такі змінні, як соціальні витрати держави та державні витрати на допомогу сім'ям в грошовому та податковому вимірі. На нашу думку, останні два показники демонструють пріоритети держави щодо соціальної політики в країні, частиною якої є політика охорони здоров'я.

Друга група факторів характеризують безпосередній стан здоров'я населення в країні. Сюди було включено коефіцієнт народжуваності, показник кількості лікарняних ліжок та практикуючих терапевтів (європейська практика демонструє велику кількість лікарів широкого профілю (так званих

physicians), які працюють в системі і забезпечують первинну допомогу населенню; лише у випадку, коли ситуація складна, за лікування беруться спеціалізовані лікарі, а не лікарі широкого профілю), а також показник споживання алкоголю серед дорослого населення. Останній показник було обрано задля демонстрації відношення населення до здорового способу життя, який може визначати ймовірність захворювання населення на ті чи інші хвороби у майбутньому.

Третя група факторів безпосередньо стосується фінансування сфери охорони здоров'я, причому було виділено як державні джерела (державні витрати на охорону здоров'я, пенсії за інвалідністю та частково показник імунізації населення, адже імунізація здійснюється або за рахунок держави, або в рамках програм медичного страхування), так і приватні

джерела (основний показник, на нашу думку, – показник кишенькових витрат населення, або out-of-pocket health expenditure, який наявно демонструє, скільки населення країни вимушено „доплачувати” за лікування із власної кишені). Показник загальних витрат на охорону здоров'я об'єднує як державні кошти, так і кошти населення, страхових компаній та різноманітних благодійних фондів.

Після групування показників за трьома групами було проведено регресійний та факторний аналізи.

Для більшої наочності країни розміщено в таблицях згідно моделей охорони здоров'я, які в них функціонують – модель Бісмарка (Німеччина, Бельгія, Нідерланди) та модель Беверіджа (Фінляндія, Великобританія, Данія).

Як видно, окремі показники мають більше значення, ніж інші, тому це є свідченням того, що значною мірою вони визначатимуть значення показника ефективності функціонування медичної системи *У* в країні (табл. 3).

Таблиця 2

**Результати регресійного аналізу ефективності функціонування медичних систем в різних країнах**

Країна	Коефіцієнти					
	Вільний член	X1	X2	X3	X4	X5
Німеччина	72.16	-0.074	0.1413	0.05	-0.04	4,379
Бельгія	75.341	-0.044	0.418	-0,121	2,133	7,610
Нідерланди	74,684	-0.0008	0.179	-0,038	-0,420	9,408
Фінляндія	76,682	-0.003	0.247	-0,029	-2,425	18,902
Великобританія	68,382	-0.039	0.459	-0,019	-0,032	7,396
Данія	71,057	-0.045	0.520	-0,031	-4,557	38,123
Країна	Вільний член	X6	X7	X8	X9	X10
Німеччина	66.93	-	-10.61	3.07	45.78	0.19
Бельгія	62,283	-	-9,757	10,528	33,909	-0,191
Нідерланди	62,587	-	48,783	-1,958	308,093	0,300
Фінляндія	75,916	-	-164,858	-0,04	387,851	0,384
Великобританія	78,279	-	-12,476	-1,719	47,480	-0,012
Данія	77,091	-	-109,166	-3,737	595,762	-0,060
Країна	Вільний член	X11	X12	X13	X14	X15
Німеччина	50,00	3.08	0.12	0.09	2,33	-4,77
Бельгія	51,013	3.844	0.161	0.052	-3,334	-2,171
Нідерланди	79,694	0,321	-0,008	0,029	0,230	-0,941
Фінляндія	56,337	-0,391	-0,001	0,196	2,318	-3,577
Великобританія	17,698	0,842	-0,061	0,214	7,2290	-0,691
Данія	82,048	3,789	-0,125	-0,025	-3,157	-1,704

Таблиця 3

**Фактори, які мають найбільший вплив на ефективність функціонування медичної системи**

Країна	Добробут нації	Здоров'я населення	Рівень фінансування медичної сфери в країні
Німеччина	X2; X5	X7; X9	X11; X15
Бельгія	X4; X5	X8; X9	X11; X15
Нідерланди	X2; X5	X7; X9	X11; X15
Фінляндія	X4; X5	X7; X9	X14; X15
Великобританія	X2; X5	X7; X9	X11; X14
Данія	X4; X5	X7; X9	X11; X14

Отримані результати можна інтерпретувати наступним чином. Так, з табл. 3 видно, що однозначно великий вплив на зазначений показник мають фактори X5 (імпорт товарів), X7 (загальна кількість лікарняних ліжок), X9 (кількість практикуючих терапевтів), X11 (загальні витрати на охорону здоров'я) та X15 (пенсії за інвалідністю). Окрім цього, було виявлено, що в країнах, де імплементована модель Бісмарка, більший вплив має змінна X2 (соціальні витрати держави), а в країнах з моделлю Беверіджа – X4 (державні витрати на

допомогу сім'ям в грошовому та податковому вимірі). Це можна пояснити тим, що в країнах з моделлю Бісмарка соціальне страхування здійснюється за рахунок трьох груп – найманих працівників, роботодавців та держави (наша модель виявила залежність країн від державних виплат). Країни з моделлю Беверіджа націлені на надання соціальних гарантій всім верстам населення незалежно від їх майнового стану, а отже можна допустити, що в країнах витрачається великі кошти на допомоги сім'ям з низьким рівнем доходів. Проте,

на нашу думку, фактор витрат держави на соціальну сферу (X2) більш повно відповідає нашій моделі, адже включає в себе більше статей витрат, ніж просто матеріальна та податкова допомога сім'ям.

Аналогічно в країнах з моделлю Беверіджа і зі значимістю змінної X14 (державні витрати на охорону здоров'я), що лише підтверджує залежність систем охорони здоров'я від державних витрат (на нашу думку, цікавим є те, що більшість країн

залежить від сукупних витрат на охорону здоров'я, до яких відносять як державні, так і приватні витрати, а країни із впровадженою моделлю Беверіджа – саме від державних витрат на медицину).

Для того, щоб визначити залежність факторів, які мають вплив на показник ефективності функціонування медичної системи один від одного, було проведено структурний аналіз (табл. 4).

Таблиця 4

**Структурний аналіз факторів, які мають вплив на показник ефективності функціонування медичної системи**

Країна	Рівень фінансування медичної сфери в країні	Добробут нації	Здоров'я населення
Німеччина	$F3 = -1.104F1 + 1.934F2$	$F1 = 1.751F2 - 0.905F3$	$F2 = 0.570F1 + 0.517F3$
Бельгія	$F3 = 1.990F1 + 1.112F2$	$F1 = -0.558F2 + 0.502F3$	$F2 = -1.789F1 + 0.899F3$
Нідерланди	$F3 = 0.208F1 + 0.803F2$	$F1 = -3.860F2 + 4.807F3$	$F2 = -0.259F1 + 1.245F3$
Великобританія	$F3 = 3.180F1 - 2.180F2$	$F1 = 0.685F2 + 0.458F3$	$F2 = 1.458F1 - 0.458F3$
Данія	$F3 = 0.847F1 + 0.109F2$	$F1 = -0.128F2 + 1.180F3$	$F2 = -7.770F1 + 9.174F3$

Оскільки кожен із факторів, які мають вплив на ефективність системи охорони здоров'я, прямо чи опосередковано залежить від фінансування (загального економічного стану держави чи коштів, спрямованих на конкретні елементи системи, пов'язані з медициною), отримана модель дозволяє певною мірою коригувати показник тривалості життя населення, що, в свою чергу, матиме вплив і на економіку країни в цілому.

На нашу думку, Україна також може скористатися отриманими в ході дослідження результатами. Оскільки незалежно від моделі системи охорони здоров'я, яка діє в країні, значну роль грають медичні витрати, варто знаходити нові джерела для їх фінансування. Станом на 2011 р. (останні дані, наведені на офіційному сайті ВОЗ [6]) структура фінансування сфери охорони здоров'я в Україні (у порівнянні з іншими країнами світу) мала наступний вигляд (табл. 5).

Таблиця 5

**Порівняння фінансування системи охорони здоров'я в окремих країнах, 2011 р. [7]**

Країна	Загальні державні витрати на охорону здоров'я, млрд. дол. США	Витрати на одну людину, дол. США	Частка приватних витрат на охорону здоров'я, %
Швеція	50,0	5331,0	17,0
Австрія	44,8	5280,0	16,0
Польща	35,0	899,0	23,0
Чехія	16,0	1507,0	15,0
Болгарія	3,9	522,0	43,0
Румунія	11,0	500,0	19,0
Росія	115,0	807,0	35,0
Україна	12,0	265,0	41,0

Очевидно, що для України значне нарощення державних витрат на охорону здоров'я у короткостроковому періоді не є можливим через економічну ситуацію, яка склалася, а отже необхідно зосередитися на переорієнтації грошових потоків в галузі. Враховуючи факт того, що значну частину медичних витрат населення вже сьогодні бере на себе, на нашу думку, доцільно розвивати добровільне медичне страхування в країні, яке б допомогло домогосподарствам оптимізувати медичні витрати та знизити ризики значних фінансових втрат через незаплановане лікування. Окрім цього, участь страхових компаній у проєктах охорони здоров'я дозволить покращити матеріальну базу лікарень (так, наприклад, сталося у Нідерландах), оптимізувати кількість лікарняних ліжок та кількість лікарів-терапевтів (які, як було визначено в моделі, також

позитивно впливають на показник тривалості життя населення в країні).

**ВИСНОВКИ**

У статті проаналізовано структурну залежність показника ефективності системи охорони здоров'я (який було ототожнено із показником середньої тривалості життя населення) від різних груп факторів (багатства нації, витрат на охорону здоров'я та деяких медичних показників здоров'я населення). Було визначено, що найбільший вплив мають фактори фінансування галузі, виражені як у розмірі прямих державних та приватних витрат, так і у показниках кількості практикуючих лікарів-терапевтів та лікарняних ліжок-місць в країні. Розроблена модель дає можливість певною мірою коригувати показник тривалості життя завдяки



збільшенню тих чи інших статей медичних витрат в країні. Використання отриманих результатів в Україні дає можливість стверджувати про необхідну реорганізацію фінансових потоків в медичній галузі насамперед шляхом посилення приватної складової через механізми добровільного медичного страхування.

#### Література

1. Витяг з програми економічних реформ України на 2010-2014 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/236352> – Назва з екрану.

2. Шейман И.М. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей [Электронный ресурс] / И.М. Шейман, В.И. Шевский, А.Р. Ахметзянов, И.В. Зарочинцева // Здоровоохранение. – 2013, № 6. – Режим доступа: <http://www.hse.ru/pubs/lib/>

[data/access/ticket/13898819865ce370c93bb92127c30f7d643e277bc5/Статья%20И.М.%Шеймана%20в%20жур](http://www.hse.ru/pubs/lib/data/access/ticket/13898819865ce370c93bb92127c30f7d643e277bc5/Статья%20И.М.%Шеймана%20в%20жур)

[нале%20Здравоохранение%20№%206,%202013.pdf](http://www.hse.ru/pubs/lib/data/access/ticket/13898819865ce370c93bb92127c30f7d643e277bc5/Статья%20И.М.%Шеймана%20в%20жур) – Название с экрана.

3. Life expectancy: Life expectancy by country [Electronic source] – Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688> – Title from the screen.

4. GDP per capita (current US\$) [Electronic source] – Access mode: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> - Title from the screen.

5. Смертность от внешних причин: мужчины и женщины [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. – 2001. – № 29-30. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/029/tema03.php> - Название с экрана.

6. Health financing: Health expenditure ratios by country [Electronic source] – Available at : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75> – Title from the screen.

7. Нордвік М. Чому витрати на медицину важливі для економічного зростання [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://real-economy.com.ua/publication/22/41079.html> – Назва з екрану.