

Mizhnarodni standarty profesiinoi praktyky vnutrishnyoho audytu [International standards of professional practice of internal auditing]. Kyiv: IVA, 2013.

Nemchenko, V. V. et al. *Audyt (Osnovy derzhavnoho, nezalezhnogo profesiinoho ta vnutrishnyoho audytu)* [Audit (Principles of public, professional and independent internal audit)]. Kyiv: Tsentr navchalnoi literatury, 2012.

Proskurina, N. M. *Protsedurne zabezpechennia audytu. Teoriia ta praktyka* [Procedural software audit. Theory and Practice]. Kyiv: Informatsiino-analitychne ahentstvo, 2011.

Petryk, O. A. *Audyt: metodolohiia i orhanizatsiia* [Audit: methodology and organization]. Kyiv: KNEU, 2003.

Rudnytskyi, V. S., Lazaryshyna, I. D., and Sheremeta, H. A. *Vnutrishnii audyt* [Internal audit]. Rivne: UDUVHP, 2003.

Shalimova, N. S. *Sotsialno-ekonomichni aspekty audytu: teoriia i praktyka* [Socio-economic aspects of the audit: Theory and Practice]. Kirovohrad: Imeks-LTD, 2012.

Smetanko, O. V. *Teoriia ta praktyka vnutrishnyoho audytu v aktsionermykh tovarystvakh Ukrainy* [Theory and practice of internal auditing in joint stock companies in Ukraine]. Kyiv: KNEU, 2013.

Shalimova, N. S. et al. *Kontseptsii nezalezhnosti: zovnishnii i vnutrishnii audyt* [The concept of independence: external and internal audit]. Kyiv: Sova, 2012.

Zubilyevych, S. "Perspektyvy rozvytku audytu" [Prospects audit]. *Bukhhalterskyi oblik i audyt*, no. 8-9 (2005): 101-109.

УДК 368.9.06

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ І МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В УКРАЇНІ

© 2015 GERUS Ю. В.

УДК 368.9.06

Герус Ю. В. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення медичного страхування і можливості його застосування в Україні

У статті досліджено дві групи країн, а саме: країни Європи та колишнього СРСР, на досвід яких слід спиратися Україні у сфері фінансового забезпечення медичного страхування. Розглянуто централізований підхід (мобілізація коштів здійснюється у бюджет, спеціальний фонд, загальнодержавний фонд) і децентралізований підхід (мобілізація коштів здійснюється у приватні установи) фінансового забезпечення медичного страхування. Охарактеризовано ключові інструменти (фінансові, інституційні, організаційні) досліджуваних країн, за допомогою яких було досягнуто успіхів у формуванні більш ефективного і справедливого фінансового забезпечення медичного страхування. На основі міжкраїнних порівнянь доведено, що на практиці не існує «універсальної» моделі фінансового забезпечення медичного страхування, тому розробку державної політики у даній сфері слід проводити з урахуванням соціально-політичних, соціально-економічних та соціально-географічних характеристик кожної країни.

Ключові слова: фінансове забезпечення, медичне страхування, реформування механізму охорони здоров'я, страховий фонд, централізація, децентралізація.

Рис.: 1. **Табл.:** 3. **Бібл.:** 8.

Герус Юлія Василівна – аспірантка, Національний університет державної податкової служби України (вул. Карла Маркса, 31, м. Ірпін, Київська обл., 08201, Україна)

E-mail: gerusjulinka@rambler.ru

УДК 368.9.06

UDC 368.9.06

Герус Ю. В. Зарубежный опыт финансового обеспечения медицинского страхования и возможности его применения в Украине

В статье исследованы две группы стран, а именно: страны Европы и бывшего СССР, на опыт которых следует опираться Украине в сфере финансового обеспечения медицинского страхования. Рассмотрены централизованный подход (мобилизация средств осуществляется в бюджет, специальный фонд, общегосударственный фонд) и децентрализованный подход (мобилизация средств осуществляется в частные учреждения) финансового обеспечения медицинского страхования. Охарактеризованы ключевые инструменты (финансовые, институциональные, организационные) исследуемых стран, с помощью которых были достигнуты успехи в формировании более эффективного и справедливого финансового обеспечения медицинского страхования. На основе межстрановых сравнений доказано, что на практике не существует «универсальной» модели финансового обеспечения медицинского страхования, поэтому разработку государственной политики в данной сфере следует проводить с учетом социально-политических, социально-экономических и социально-географических характеристик каждой страны.

Ключевые слова: финансовое обеспечение, медицинское страхование, реформирование механизма здравоохранения, страховой фонд, централизация, децентрализация.

Рис.: 1. **Табл.:** 3. **Библ.:** 8.

Герус Юлия Васильевна – аспирантка, Национальный университет государственной налоговой службы Украины (ул. Карла Маркса, 31, г. Ирпень, Киевская обл., 08201, Украина)

E-mail: gerusjulinka@rambler.ru

Herus Yu. V. Foreign Experience of Financial Support of Health Insurance, Possibilities of its Implementation in Ukraine

The article examines the two groups of countries, namely the European countries and the former USSR republics, experience of which Ukraine should draw on in the sphere of financial support of medical insurance. Both the centralized approach (mobilization of funds into the budget, special fund, national fund) and the decentralized approach (mobilization of funds into private institutions) of financial support of health insurance have been considered. The key tools (financial, institutional, organizational) of the countries in question, by means of which success had been achieved in the establishment of a more effective and equitable financial support of health insurance, were characterized. On the basis of inter-country comparisons has been proven that there is no «universal» model of health insurance in practice, so that development of public policy in this area should take into account the socio-political, socio-economic and socio-geographical characteristics of each country.

Key words: financial support, health insurance, reforming the health care service mechanism, insurance fund, centralization, decentralization.

Pic.: 1. **Tabl.:** 3. **Bibl.:** 8.

Herus Yuliia V. – Postgraduate Student, National University of State Tax Service of Ukraine (vul. Karla Marksa, 31, Irpin, Kyivska obl., 08201, Ukraine)

E-mail: gerusjulinka@rambler.ru

Процес реформування систем фінансового забезпечення медичного страхування має довгостроковий характер як в економічно розвинених країнах, так і в країнах із перехідною економікою, й тісно пов'язаний з масштабними соціальними змінами, що мають місце в цих країнах. Поєднання зовнішніх та внутрішніх чинників, цілей, засобів та шляхів проведення реформ у кожному окремому випадку є специфічним, тому результати також суттєво відрізняються. Крім того, будь-які досягнення щодо фінансово-ресурсного забезпечення медичного страхування не є тим кінцевим пунктом, на якому реформи можна вважати завершеними. Запозичення та впровадження кращого досвіду, що базується на міжкраїнних порівняннях, надає можливість поглибленого аналізу актуальних для України проблем та особливостей процесу реформування. Це наочно показує, які з них є ключовими, за допомогою яких інструментів було досягнуто успіхи у формуванні більш ефективного і справедливого фінансового забезпечення медичного страхування.

Науковцями напрацьовано величезний теоретичний та практичний доробок щодо вдосконалення фінансових відносин і розвитку медичного страхування. З позицій нашого дослідження найвагомішими є праці таких вчених, як: П. Беллі [2], С. Кашин [2], А. Підде [3], Л. Попович [4], Г. Цуркану [7], С. Шишкін [5].

Проте серед множини публікацій, оглядів, рекомендацій і офіційних документів лише порівняно незначну частку може бути використано для впровадження в Україні.

Мета статті полягає в дослідженні зарубіжного досвіду фінансового забезпечення медичного страхування та наданні пропозицій щодо його застосування в Україні. Для досягнення поставленої мети алгоритм дослідження має налічувати такі кроки.

Першим кроком має стати відбір країн, на прикладі яких буде вивчатися досвід фінансових перетворень у сфері медичного страхування.

Другий крок пов'язано з базовою гіпотезою нашого дослідження, а саме: не існує «універсальної» моделі, певного, всеохоплюючого підходу, єдино вірних інструментів (інституційних, організаційних, фінансових), здатних забезпечити створення ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Розробку, вибір, впровадження усіх засобів та заходів державної фінансової політики у сфері медичного страхування громадян слід проводити із урахуванням індивідуальних соціально-політичних, соціально-економічних та економіко-географічних характеристик кожної країни.

Третій крок, узагальнення досвіду реформування медичного страхування, спирається на систему цілей державної політики в галузі охорони здоров'я, у відповідності до яких дії учасників системи фінансових відносин розглядаються в довго-, середньо- та короткостроковій перспективі.

Насамперед, методика відбору країн передбачає визначення для України вектора стратегічного розвитку системи медичного страхування, на основі вибору якого формуватиметься довгострокова політика держави. Перелік країн, досвід яких може бути корисним Україні,

досить обмежений і теоретично включає три потенційні групи:

- ✦ по-перше, країни Європи (Західної, Центральної та Східної), переважна більшість з яких нині є учасницями ЄС;
- ✦ по-друге, країни колишнього СРСР (Східна Європа, Центральна Азія та Далекий Схід), які входять до таких об'єднань, як СНД, Митний Союз тощо;
- ✦ по-третє, решта країн світу, серед яких можна також виділити дві підгрупи – розвинені (США, Канада, Австралія, Японія, Південна Корея тощо) та ті, що розвиваються (Бразилія, Аргентина, Індія, КНР, ПАР, Мексика тощо).

З точки зору вдосконалення фінансових механізмів медичного страхування досвід країн третьої групи є мінімально корисним. Справді, важко собі уявити «гармонізацію» нормативної бази або організаційних засад вітчизняних систем медичного страхування із канадською, австралійською, американською. Або запровадження в Україні «японської» або «корейської» моделі медичного страхування, які діють на основі фінансових ресурсів корпоративного (із пожиттєвим наймом) та державно-приватного медичного страхування. Ще менш ймовірні запозичення із досвіду ПАР, Індії або країн Латинської Америки, де реформи у сфері медичного страхування далекі від завершення і переважним чином демонструють негативні приклади «реформування».

Таким чином, зосередимо увагу, насамперед, на досвіді країн Європи (як прикладі найбільш соціально орієнтованих систем медичного страхування), а також успішних прикладах удосконалення медичного страхування на пострадянському просторі, розвиток яких залежить від впливу зовнішніх (система соціально-економічних відносин загалом) і внутрішніх (темпи економічного розвитку, ВВП, державні видатки на охорону здоров'я) критеріїв.

З точки зору систематизації досвіду реформування медичного страхування за зовнішнім критерієм дані країни формують три групи систем фінансування:

- 1) розвинені, в яких фінансові механізми медичного страхування сформовано, а нині відбувається їхнє вдосконалення в напрямку поступового зближення («старі» країни – учасниці ЄС);
- 2) ті, що розвиваються, і після відносно короткого перехідного періоду спромоглися реформувати державні механізми фінансування медичного страхування, модернізувавши та послідовно вдосконалюючи його інституціональну, організаційну, ресурсну базу (до групи входять «нові» країни – учасниці ЄС);
- 3) ті, що розпочали (або розпочинають) розвиватися, але не завершили реформу відносин у сфері фінансування охорони здоров'я у зв'язку із переходом до комплексної системи медичного страхування (групу представляють країни колишнього СРСР, крім Балтії, найменш розвинені країни Південно-Східної Європи, до цієї ж групи можна віднести й Україну).

За внутрішніми критеріями, представленими у вигляді показників соціально-демографічного та соці-

ально-економічного стану, систему фінансування медичного страхування можна поділити на дев'ять підгруп країн (табл. 1).

Групування, наведене вище, дозволяє проводити якісний аналіз, спираючись на кількісні соціальні та економічні показники, наприклад, із використанням показників економічного розвитку, таких як ВВП на душу населення і чисельність населення: усі країни можна поділити на групи великих/середніх/малих високо-/середньо-/слаборозвинених, і це дає змогу визначити Україну як велику, слаборозвинену економіку.

Логіка відбору країн в табл. 1 враховує також цілі політики реформування вітчизняної системи страхової медицини. Виходячи з цих позицій, соціально-економічні критерії визначають перспективи:

- ✦ довгострокового економічного зростання, підвищення рівня суспільного добробуту, соціальної захищеності, якості медичних послуг, що відповідають соціальним стандартам високорозвинених країн (для України це – країни – учасниці ЄС);
- ✦ суспільного розвитку в середньостроковій перспективі: впровадження багатоканальної системи фінансового забезпечення медичного страхування, включаючи запровадження обов'язкового медичного страхування, розвиток ринку добровільного медичного страхування, створення системи державних закупівель медичних послуг, моніторингу та контролю (із орієнтацією на досягнення постсоціалістичних країн ЦСЄ та, частково, Балтії);
- ✦ оперативних (короткострокових) змін, спрямованих на вдосконалення чинного механізму фінансування страхової медицини на основі досвіду успішного реформування медичного страхування у країнах колишнього СРСР (які є найближчими до України за рівнем економічного розвитку і соціального захисту населення).

Усередині кожної з груп ми додатково виокремлюємо три підгрупи за критерієм «сталість системи фінансування охорони здоров'я», що відображає збалансованість системи фінансового забезпечення (співвідношення державних і приватних фінансових ресурсів, частки бюджету, фондів соціального страхування, приватних страхових компаній, прямих платежів населення тощо). Наприклад, серед великих розвинених економік найбільш сталі системи фінансування функціонують у ФРН та Франції, Великій Британії та Іспанії, що демонструють певну диспропорцію на користь централізованих фіскальних (державний бюджет) джерел фінансування, а Італія – децентралізованих фіскальних (місцеві бюджети). Застосування даного критерію дає змогу більш точно визначити послідовність реформування механізмів фінансування медичного страхування.

На основі вищевказаного загального досвіду груп країн Європи та колишніх країн СРСР здійснимо огляд фінансового забезпечення медичного страхування окремо кожної групи. Так, для країн Європи огляд змін, що відбувалися у механізмах фінансування системи охорони здоров'я, починаючи із 1990-х рр. ХХ ст., дає змогу оцінити не лише загальні тенденції розвитку медичного страхування, але й дозволяє визначити базові складові сучасних фінансових моделей, виокремити їхні сильні та слабкі сторони (табл. 2).

Перш за все, звертає на себе увагу той факт, що в розвинених і перехідних економіках країн ЄС мають місце два типи трендів, кожен з яких є наслідком дії централізованих та децентралізованих чинників:

1) у розвинених економіках, якими є ФРН, Франція, Велика Британія, Італія та Іспанія, чітко проявляється відцентрова тенденція, яка відображається у:

а) поетапній централізації надходжень медичного страхування (етап мобілізації коштів) у бюджетній системі, наприклад, у Великій Британії це – державний бюджет, або у спеціалізованому фонді медичного страхування, у ФРН та Франції – загальнодержавний фонд, державні та приватні фонди, відповідно;

Таблиця 1

Матриця розподілу країн Європи та СНД за критеріями соціально-економічного розвитку і соціально-демографічного стану

Рівень соціально-економічного розвитку	Соціально-демографічний стан		
	Великі країни (більше 20 млн осіб)	Середні країни (до 10 млн осіб)	Малі країни (до 6 млн осіб)
Високий	1. ФРН, Франція. 2. Велика Британія, Іспанія. 3. Італія	1. Нідерланди, Бельгія, Швеція. 2. Швейцарія, Фінляндія, Австрія. 3. Португалія, Греція	1. Норвегія, Данія, Ісландія. 2. Ірландія, Люксембург. 3. Словенія, Мальта
Середній	1. Польща. 2. Румунія. 3. Росія	1. Чехія. 2. Угорщина, Хорватія. 3. Казахстан	1. Литва, Латвія, Естонія. 2. Словаччина. 3. Кіпр, Чорногорія
Низький	Україна	1. Болгарія. 2. Сербія. 3. Білорусь	1. Молдова, Македонія. 2. Киргизстан, Грузія. 3. Вірменія, Албанія, Боснія і Герцеговина

Джерело: розроблено автором.

Огляд змін у системах фінансування охорони здоров'я деяких країн Європи в 1990 – 2000 рр.

Країна	Охоплення та перелік послуг	Витрати на охорону здоров'я	Мобілізація фінансових ресурсів	Акумуляція фінансових ресурсів	Закупівля медичних послуг
ФРН	Починаючи із 2009 р. МС є обов'язковим для всього населення. ОМС охоплює 90% населення і надає доступ до ширшого переліку послуг. Працівники, які отримують більше 48 000 євро на рік, члени їхніх родин, держслужбовці і самозайняті можуть вибирати між ОМС і ДМС. ДМС охоплює в близько 10% населення. Часткова оплата: лікарські засоби, стоматологічне лікування, відвідування лікарів	Загальні витрати ФРН протягом 1990 – 2000-х рр. стабільно є одними з найвищих серед країн ЄС: 11 – 12% ВВП, частка державних витрат скоротилася з 82 до 77%, частка прямих платежів зросла з 10% до 15%	Основне джерело фінансування – внески ЄС, середній розмір внесків – 15% від загальної суми доходів. Починаючи з 2008 р., розмір внесків регулюється урядом, кошти надходять до Національного фонду ЄС, земельним фондам ЄС дозволено додатково стягувати із застрахованих фіксований страховий внесок. ДМС має замінуючий характер, включає групи, виключені з програм ОМС (держслужбовці, самозайняті та особи із високими доходами), страхові внески регулюються ринковими механізмами	Внески збираються централізовано Національним фондом ЄС, державні програми ОМС обслуговують близько 250 конкуруючих некомерційних фондів МС, діяльність яких регулюється урядом. Кошти між фондами перерозподіляються за схемою вирівнювання ризиків для здоров'я з урахуванням віку, статі та працездатності застрахованих	Фонди МС – представники Національного фонду ЄС укладають контракти з приватними ЛПУ за територіальним принципом, застраховані можуть самостійно вибирати медичний заклад
Франція	ОМС охоплює постійне населення, працюючих і осіб, які перебувають на їх утриманні, існують державні програми, що покривають медичне обслуговування нелегальних іммігрантів. Перелік медичних послуг визначається Національною спілкою фондів МС у відповідності до рекомендацій Державного департаменту ОЗ. Часткові доплати: за відвідування лікаря, лікарські засоби, виклик швидкої допомоги тощо. ДМС орієнтовано на відшкодування доплат за послуги і охоплює понад 90% населення	Загальні витрати на ОЗ зросли з 9,5 до 12% ВВП, частка державних витрат збільшилася з 76 до 85%	Програми МС фінансуються за рахунок внесків на ЄС, що сплачують роботодавці та працівники (43%), податку на доходи фізичних осіб (33%), надходжень від акцизних зборів за тютюн і алкоголь (8%), коштів інших установ соціального забезпечення (8%) та державних субсидій (2%). Ставки внесків встановлюються централізовано; кошти збирають організації соціального забезпечення. ДМС покриває часткову оплату послуг і надається некомерційними установами взаємострахування (організовані за професійним принципом)	Внески на ЄС централізовано збирає Казначейство і розподіляється між фондами та програмами МС Департаментом ОЗ на неконкурентних засадах	Державні фонди МС закуповують медичні послуги у державних, приватних некомерційних та приватних комерційних ЛПУ. Лікарні фінансуються через єдину державну систему тарифів на основі клініко-статистичних груп в поєднанні з бюджетами (коштрисами), результатів діяльності та/або обсягу наданих послуг.
Велика Британія	Державна система ОЗ забезпечує профілактичну, первинну медичну допомогу, стаціонарне лікування постійного населення. Перелік рекомендованих послуг надається Національним інститутом ОЗ. ДМС охоплює близько 12% населення, забезпечуючи лікування у приватних ЛПУ, а також витрати на стоматологічну допомогу і альтернативну медицину	Загальні витрати на ОЗ зросли з 7 до 8%, частка державних витрат скоротилася з 89% до 87%	Фінансова основа ОЗ – загальні податкові надходження, внески ОМС, які покривають 8% видатків на ОЗ. Частка населення, охоплена ДМС за останні роки практично постійна, до 12%, прямих платежів населення – до 90% всіх приватних витрат на ОЗ	Податкові надходження збирає Казначейство Англії (Мінстерство фінансів), яке раз на 3 роки узгоджує середньостроковий бюджет із Департаментом ОЗ	Департамент ОЗ перераховує 85% коштів 152 фондам первинної медичної допомоги, організованим за територіальним принципом на основі чисельності застрахованих, населення та показників потреби в медичній допомозі

Джерело: розроблено автором на основі [1].

ЕКОНОМІКА ФІНАНСИ, ГРОШОВИЙ ОБІГ І КРЕДИТ

б) чіткому розмежуванні функцій мобілізації та акумуляції коштів на медичне страхування, коли зборами податків (внесків, відрахувань) займається податкова служба, а накопиченням, розподілом та перерозподілом – спеціалізована установа, зазвичай, у особі Національного фонду медичного страхування;

в) частковому розмежуванні функції акумуляції коштів та закупівель медичних послуг: першу найчастіше виконує головний розпорядник коштів медичного страхування (фонд), а другу – у переважній більшості випадках делеговано його територіальним підрозділам, і лише у деяких країнах (у країнах Скандинавії) передається на виконання іншим установам, наприклад, органам місцевого самоврядування у Швеції;

г) характері відносин між постачальниками та покупцями медичних послуг: по кожному випадку кошти, що призначаються для закупівлі послуг, передаються медичним установам виключно на договірних засадах (коротко- та середньострокові контракти, угоди), а цільове використання фінансових ресурсів централізовано контролюється головними розпорядниками (фондом медичного страхування або Міністерством охорони здоров'я);

2) ієрархічному розподілі функції між обов'язковим медичним страхуванням і добровільним медичним страхуванням: обов'язкові форми медичного страхування утворюють основну частину доходів і перебирають на себе переважачу частку видатків медичного страхування (від 70 до 90 і більше відсотків), у той час як добровільне медичне страхування забезпечує доповнююче (для більшості країн), замінне або альтернативне медичне страхування;

3) загальні (у т. ч. державні) витрати на охорону здоров'я в усіх розвинених країнах зростають, у той час, як частка державних – або повільно зростає, або коливається навколо сталого значення; водночас, приватні витрати, які не відіграють суттєвої ролі у медичному страхуванні, можуть суттєвим чином змінюватися, залежно від соціально-економічної динаміки.

У розвинених країнах сформувалося дві фінансові моделі обов'язкового медичного страхування: 1) солідарно-бюджетна, яка функціонує на основі системи внесків на соціальне страхування, що доповнюється системою відрахувань та трансфертів (субсидій, дотацій тощо) з бюджету; 2) фіскально-бюджетна, коли фінансові ресурси на обов'язкове медичне страхування формуються за рахунок загальних (спеціальних) податків і зборів або відрахувань від податків на доходи громадян. Усі без виключення моделі передбачають доповнюючу складову у вигляді добровільного медичного страхування, ресурси якого формують страхові внески приватних осіб, а також, у деяких випадках, компенсаційні трансферти національних фондів соціального страхування (або бюджетів). Таким чином, усі без виключення фінансові моделі можна віднести до змішаного типу.

Зусилля щодо реформування фінансового забезпечення медичного страхування та охорони здоров'я в розвинених країнах ЄС спрямовано на оптимізацію структури та механізмів управління фінансовими ре-

сурсами, підвищення доступності та покращення якості медичного обслуговування, розвиток нормативної бази, систем моніторингу та контролю – тобто усе те, що можна назвати вдосконаленням організації чинної системи медичного страхування. Саме тому досвід розвинених країн слід розглядати як релевантний з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: при визначенні місії, цілей довгострокового розвитку, вдосконалення інституціонального та організаційного середовища тощо – для новоствореної української системи медичного страхування.

З іншого боку, значно більш корисним для України є досвід реформування медичного страхування у країнах колишнього СРСР, які після перших років перехідного періоду, коли увесь пострадянський простір пережив значне скорочення видатків на охорону здоров'я, і це, на тлі стрімкого зменшення ВВП, призвело до спроб диверсифікувати і стабілізувати фінансову базу галузі за рахунок таких джерел, як: 1) цільові (адресні) податки на охорону здоров'я, зазвичай у формі податку на заробітну плату, який сплачується роботодавцем; 2) платних послуг і доплат у державних лікувально-профілактичних установах, зокрема за медикаменти, процедури тощо; 3) стимулювання приватного медичного страхування [2].

Після 10–15 років перехідного періоду пострадянські країни можна поділити на три групи за моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я: 1) у нових країнах – учасницях ЄС запроваджено згадані вище фіскально-бюджетна та солідарно-бюджетна моделі, коли адресні податки що стягуються або з зарплати, або у вигляді відрахувань від ПДФО та внески на соціальне страхування доповнюють одне одного; 2) у деяких колишніх республіках СРСР – перехідна солідарно-бюджетна модель (Росія, Молдова, Казахстан, Киргизстан), які тим чи іншим чином запровадили обов'язкове медичне страхування; 3) перехідна бюджетно-приватна модель (Україна, Білорусь, Вірменія та інші), де паралельно діють стара «радянська» система фінансування охорони здоров'я, а дефіцит фінансування покривається за рахунок прямих приватних платежів.

У більшості країн було запроваджено цільові податки на охорону здоров'я у вигляді податку на заробітну плату, або змішана система, коли податок на заробітну плату доповнюється відрахуваннями на соціальне страхування, бюджетними трансфертами та прямими платежами. Наприклад, у Литві до Фонду державного соціального страхування стягується податок на заробітну плату (3%) і відраховується частина податку на доходи фізичних осіб (30%, *табл. 3*).

Ставки податку на заробітну плату суттєво відрізняються залежно від країни: у країнах ЦСЄ – учасницях ЄС вони коливаються від 3% в Литві до 15% в Угорщині та Хорватії, тоді як у Росії ставка єдиного соціального податку становить лише 2,6%, у Молдові – 5%, а в Боснії та Герцеговині сягає 17%.

За збір коштів, призначених для фінансування охорони здоров'я, у різних країнах відповідають різні організації: 1) податкові органи (Естонія, Хорватія, Ро-

Збір платежів на обов'язкове соціальне страхування у деяких країнах Європи та СНД

Країна	Організація збору фінансових ресурсів обов'язкового соціального страхування	Податкові ставки (роботодавці/наймані працівники)
Росія	Федеральна податкова служба	2,6% ЗП (2,6 : 0)
Литва	Державна податкова інспекція Фонд державного соціального страхування	3% ЗП (3 : 0); 30% ПДФО
Латвія	Служба державних доходів	28,4% ПДФО
Молдова	Національна компанія медичного страхування	5% ЗП (2,5 : 2,5)
Болгарія	Національний інститут соціального страхування	6% ЗП (1 : 1)
Польща	Національний фонд охорони здоров'я	9% ЗП
Естонія	Податковий департамент	13% ЗП (13:0)
Словенія	Державне агентство з обліку та податкового адміністрування	13,25% ЗП (9:0)
Чехія	Національний фонд медичного страхування 7 страхових компаній	13,5% ЗП (9 : 4,5)
Румунія	42 районних фонди медичного страхування	14% ЗП (1 : 1)
Словаччина	5 страхових фондів	14% ЗП (10 : 4)
Хорватія	Державне казначейство	15% ЗП (15 : 0); 0,5% на охорону праці
Угорщина	Адміністрація з податкового та фінансового контролю	15% ЗП (11 : 4)
Боснія і Герцеговина	10 регіональних фондів медичного страхування	17% ЗП (4 : 13)

Джерело: складено автором за даними [1].

сія); 2) національні установи (фонди, інститути) медичного страхування (Болгарія, Румунія, Польща, Молдова та інші); 3) декілька провідних компаній медичного страхування (Чехія, Словаччина).

Запровадження податку на заробітну плату відбулося у Росії – в 1993 р, у Казахстані – у 1996 р, у Молдові – у 2004 р., і хоча цілі реформування були однаковими для всіх країн (створення системи обов'язкового медичного страхування), підходи, методи і результати кардинальним чином відрізнялися, а наслідком реформ стало те, що лише в одній країні, Молдові реформа медичного страхування привела до реального зростання витрат на охорону здоров'я.

Зачаткування системи обов'язкового медичного страхування в Росії передбачало створення територіальних (на рівні області) фондів обов'язкового медичного страхування, до яких надходили б кошти у вигляді податку на заробітну плату та платежів з регіонального та місцевих бюджетів, проте децентралізований підхід до акумуляції фінансових ресурсів призвів до зростання розбіжностей між платежами на обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення. Наприклад, у 2010 р. співвідношення податкових відрахувань та бюджетних коштів, що виділяються на фінансування медичних установ, варіювалося від 1 : 5 до 19 : 1 по різних суб'єктах Федерації [3, с. 25; 4]. У зв'язку з тим, що на регіональному та місцевому рівнях збереглася система прямого бюджетного фінансування медичних установ, обов'язкове медичне страхування не замінило собою успадковану від СРСР систему акумуляції коштів, а діяло паралельно їй. При цьому координація фінансових потоків між цими системами в більшості випадків була

відсутня [5]. Зі схожими проблемами координації між територіальними фондами обов'язкового медичного страхування та органами місцевого самоврядування зіткнулася й система обов'язкового медичного страхування у Казахстані [6].

З іншого боку, можна навести позитивний приклад Молдови, де із 2004 р. діє система обов'язкового медичного страхування, в основу якої було покладено зміну функцій системи бюджетного фінансування, централізацію коштів місцевих бюджетів із подальшим акумулюванням на рівні Національної компанії медичного страхування (рис. 1). Досить незвичайним у молдовській системі обов'язкового медичного страхування є те, що близько 2/3 фінансових ресурсів обов'язкового медичного страхування надходять із бюджетних джерел, і менше 1/3 – власне за рахунок обов'язкових платежів соціального страхування (податку на заробітну плату). Централізація усіх каналів державного фінансування охорони здоров'я та розмежування функцій закупівлі та надання послуг дозволили Молдові повністю подолати успадковану від радянської системи розпорошеність коштів [7].

Централізація коштів, разом із відходом від принципу утримання медичних установ, передбачає фінансування на основі наявних ресурсів, що призвело до більш рівномірного територіального розподілу витрат на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення [8].

Основним недоліком молдавської реформи медичного страхування, а отже, головною проблемою, на яку слід звернути увагу Україні, стало те, що фундаментальна зміна прав громадян на отримання гарантованих медичних послуг з ознаки «проживання/громадянство» на ознаку «сплата внесків» призвело до появи великої групи працюючого, але незастрахованого населення.



Рис. 1. Модель фінансового забезпечення охорони здоров'я у Республіці Молдова

Джерело: складено автором за [7].

У цю групу входили, насамперед, самозайняті в сільському господарстві, сфері послуг та торгівлі, а також працівники «неформального», тіньового сектора. За деякими оцінками, тільки 7,5% представників цих категорій сплачували внески, і через три роки після проведення реформи, у 2007 р., близько 26% громадян Молдови залишалися незастрахованими. Переважна більшість із них продовжує сплачувати прямі платежі за медичні послуги, і цей показник у Молдові сягає 40%. Іншими словами, реформа спричинила появу нового різновиду фінансової розпорошеності [8].

Загалом, молдовська фінансова модель відрізняється від інших трьома особливостями:

1) максимально простий механізм фінансування охорони здоров'я, який включає два централізовані канали: а) пряме бюджетне фінансування (застосовується до деяких спеціалізованих медичних закладів) та б) обов'язкове медичне страхування (частково фінансується з бюджету), а також два децентралізовані: в) добровільне медичне страхування (не відіграє значної ролі у системі фінансування) та г) прямі платежі населення (складає майже половину загальної суми витрат на охорону здоров'я). Разом із тим, проста організаційна структура мінімізує адміністративні видатки і посилює контроль за процесом формування та використання фінансових ресурсів, що сприяє підвищенню економічної ефективності системи загалом;

2) інтегральна модель управління державними фінансовими ресурсами, в якій майже усі кошти, що призначаються для фінансування охорони здоров'я, керуються

єдиною незалежною страховою установою – Національною компанією медичного страхування, яка відповідає не лише за збір та розподіл ресурсів, але й за їхнє цільове використання, безпосередньо займаючись закупівлями медичних послуг;

3) незалежність Національної компанії медичного страхування забезпечується, по-перше, спеціальним статусом, відображеним у законодавстві та, по-друге, закріпленням за НКМС сталих джерел доходів (спеціального податку та бюджетних трансфертів). Разом із тим, у системі обов'язкового медичного страхування відсутні механізми, що забезпечували б захист від ризиків у надзвичайних обставинах (економічна криза, дефолт по державному боргу тощо) або, іншими словами, альтернативні джерела фінансування.

Загальна оцінка процесу реформування фінансових засад охорони здоров'я, зокрема, медичного страхування у країнах колишнього СРСР вказує, на те, що у перехідних економіках поки що переважають централізовані процеси. Це проявляється в різноманітності підходів, систем і механізмів, різноспрямованості дій щодо вдосконалення медичного страхування, ресурсного забезпечення гарантій для застрахованих громадян щодо доступу та якості медичних послуг. Характерною зовнішньою ознакою переважання централізації над децентралізацією є розпорошеність фінансових ресурсів медичного страхування.

Таким чином, децентралізованість системи фінансування медичного страхування є однією з найбільших

перешкод для досягнення цілей реформування медичного страхування. Головними проблемами, що виникають внаслідок децентралізації, є фінансова неефективність та нерівність доступу до медичних послуг на системному рівні, внаслідок чого застраховані громадяни менш фінансово захищені й несуть більші витрати, ніж у централізованій системі фінансування.

ВИСНОВКИ

Найважливішим результатом проведеного дослідження є функціональний аналіз централізованого та децентралізованого підходів фінансового забезпечення медичного страхування, який показав, що:

– *по-перше*, централізація фінансових ресурсів у системі обов'язкового медичного страхування є необхідною, але недостатньою умовою вирішення проблеми фінансування медичного страхування, вона лише створює підґрунтя для більш ефективного і справедливого перерозподілу коштів. Адже фактичний перерозподіл відбувається на етапі закупівель медичних послуг, коли кошти витрачаються за цільовим призначенням. При використанні методів перерозподілу ресурсів медичного страхування, заснованих на принципі фінансування мереж медичних установ, а не результаті їхньої діяльності, дисбаланс у розподілі ресурсів зберігається навіть у випадку існування централізованого фонду медичного страхування на національному рівні;

– *по-друге*, намагаючись зменшити розпорошеність фінансових ресурсів, країни використовували кілька підходів: найбільш розповсюджений – створення єдиного національного фонду коштів медичного страхування, який охоплює більшість або усе населення. У країнах, які розпочали реформування обов'язкового медичного страхування зі створення великої кількості фондів медичного страхування за територіальним принципом, централізація відбувалася шляхом злиття або поступового поглинання цих фондів Національним фондом медичного страхування;

– *по-третє*, для України, якій ще тільки належить вирішувати проблему централізованої чи децентралізованої системи медичного страхування, слід звернути увагу на стратегію реформування обов'язкового медичного страхування у Молдові, зміст якої полягав в одночасному створенні єдиного фонду та закріпленні за ним додаткових джерел фінансування у вигляді бюджетних відрахувань від податків та зборів.

Невдалі спроби повного реформування систем медичного страхування у Росії та Казахстані дозволяють зрозуміти, що саме по собі запровадження обов'язкового медичного страхування не створює підстав для покращення фінансового стану галузі охорони здоров'я. Цей момент є принциповим для України, оскільки таке потужне джерело коштів, як податок на заробітну плату, не планується як основний навіть у найбільш глибоко пророблених проектах Закону «Про обов'язкове медичне страхування». Належна ресурсна підтримка обов'язкового медичного страхування передбачає створення адекватного фінансового механізму, який би гарантував передбачуваність, стабільність

надходжень на обов'язкове медичне страхування за рахунок гарантованих бюджетних трансфертів або за допомогою чіткої координації надходжень від внесків на обов'язкове медичне страхування та відрахувань від цільових податків. Іншим варіантом є застосування «формули вирівнювання» страхових ризиків для перерозподілу коштів обов'язкового медичного страхування, проте подібний підхід може розглядатися лише для випадку діючої системи медичного страхування.

Таким чином, на практиці не існує якоїсь «правильної» або «кращої за інші» системи фінансового забезпечення медичного страхування. Перед початком реформування системи медичного страхування в Україні слід сформувати чітке розуміння переваг і недоліків діючої системи, а досвід країн, у яких реформа медичного страхування вже відбулася або продовжується, дає уявлення про підходи, напрямки вдосконалення, інструментарій, проблеми, які виникають у ході реформ та спрямованість заходів щодо їх усунення. ■

ЛІТЕРАТУРА

1. Health Systems in Transition (HiT) series: Countries and subregions (Germany HiT, 2014; Netherlands HiT, 2010; Switzerland HiT, 2000) [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>
2. Belli P. Ten years of health reforms in the ECA region: lessons learned and options for the future / P. Belli. – Washington, DC: World Bank, 2000. – 52 p. [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/belli.pdf>
3. Пиддэ А. Проблемы медицинского страхования в современной России / А. Пиддэ // Медичне право. – 2009. – № 4 (11). – С. 19 – 31.
4. Popovich L. Russian Federation: Health system review. HiT, 2011 / L. Popovich, E. Potapchik, S. Shishkin, E. Richardson, A. Vacroux, B. Mathivet. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. – 190 p. [Electronic resource]. – Mode of access : www.euro.who.int/_data/assets/.../HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf
5. Shishkin S. Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia / S. Shishkin // Croatian Medical Journal. – 1999. – № 40 (2). – P. 195 – 201 [Electronic resource]. – Mode of access : <http://iet.ru/files/persona/shishkin/dubr99.pdf>
6. Cashin C. National health insurance systems: a review of selected international experience: ZdravPlus Technical Report / C. Cashin, J. Simidjiyski. – Almaty: Abt Associates, 2000. – 62 p. [Electronic resource]. – Mode of access : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacu627.pdf
7. Turcanu G. Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition, 2012 / G. Turcanu, S. Domete, M. Buga, E. Richardson. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. – 151 p. [Electronic resource]. – Mode of access : www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/.../HiT-Moldova.pdf
8. Shishkin S. Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform. Health Financing Policy Paper / Shishkin S., Kacevicius G., Ciocanu M. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008 [Electronic resource]. – Mode of access : http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf

REFERENCES

- Belli, P. "Ten years of health reforms in the ECA region: lessons learned and options for the future". <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/belli.pdf>
- Cashin, C., and Simidjiyski, J. "National health insurance systems: a review of selected international experience: ZdravPlus Technical Report". http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacu627.pdf

"Health Systems in Transition (HiT) series: Countries and subregions (Germany HiT, 2014; Netherlands HiT, 2010; Switzerland HiT, 2000)". <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>

Popovich, L. et al. "Russian Federation: Health system review". www.euro.who.int/__data/assets/.../HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf

Pidde, A. "Problemy meditsinskogo strakhovaniia v sovremennoy Rossii" [Problems of health insurance in Russia]. *Medichne pravo*, no. 4 (11) (2009): 19-31.

Shishkin, S. "Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia". <http://iet.ru/files/persona/shishkin/dubr99.pdf>

Shishkin, S., Kacevicius, G., and Ciocanu, M. "Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform. Health Financing Policy Paper". http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf

Turcanu, G. et al. "Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition, 2012". www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/.../HiT-Moldova.pdf

УДК 330+336.3

ОБЛІКОВО-АНАЛІТИЧНИЙ АСПЕКТ ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСОВИХ ПІРАМІД

© 2015 МЕЛЬНИЧЕНКО О. В.

УДК 330+336.3

Мельниченко О. В. Обліково-аналітичний аспект функціонування фінансових пірамід

Стаття присвячена актуальній проблемі сучасних суспільних відносин у сфері фінансів. Із поширенням недобросовісних організацій, що заволодівають коштами людей, у тому числі й за допомогою шахрайських механізмів, часто дискредитуються традиційні та безпечні фінансові операції. Основою втрати довіри з боку населення, зокрема, до банків, часто є нерозуміння суті операцій та основ діяльності різних фінансових інститутів. З метою повернення чи підвищення довіри слід вживати різних заходів, серед яких підвищення фінансової грамотності населення, запобігання здійсненню шахрайських операцій тощо. У даній статті на підставі методів бухгалтерського обліку та економічного аналізу продемонстровано відмінність фінансових пірамід від банків. Враховуючи також наукові інтереси автора щодо функціонування систем електронних грошей, висновки у статті слід також розглядати як наукове підґрунтя для підвищення довіри до цього платіжного засобу, враховуючи, що випуск електронних грошей в Україні мають право здійснювати лише банки, а принципи побудови фінансових пірамід та систем електронних грошей відрізняються докорінно.

Ключові слова: фінансова піраміда, банк, облік, аналіз.

Табл.: 3. **Бібл.:** 13.

Мельниченко Олександр Віталійович – кандидат економічних наук, доцент, докторант, Житомирський державний технологічний університет (вул. Черняхівського, 103, Житомир, 10005, Україна)

E-mail: amelnitschenko@yahoo.de

УДК 330+336.3

Мельниченко А. В. Учетно-аналитический аспект функционирования финансовых пирамид

Статья посвящена актуальной проблеме современных общественных отношений в сфере финансов. С распространением недобросовестных организаций, завладевающих средствами людей, в том числе и с помощью мошеннических механизмов, часто дискредитируются традиционные и безопасные финансовые операции. Основой потери доверия со стороны населения, в частности, к банкам, часто является непонимание сути операций и основ деятельности различных финансовых институтов. С целью возвращения или повышения доверия следует предпринимать различные меры, среди которых повышение финансовой грамотности населения, предотвращение совершения мошенничества и т. п. В данной статье на основании методов бухгалтерского учета и экономического анализа продемонстрировано отличие финансовых пирамид от банков. Учитывая также научные интересы автора относительно функционирования систем электронных денег, выводы в статье следует рассматривать как научную основу для повышения доверия к этому платежному средству, учитывая, что выпуск электронных денег в Украине имеют право осуществлять только банки, а принципы построения финансовых пирамид и систем электронных денег отличаются в корне.

Ключевые слова: финансовая пирамида, банк, учет, анализ.

Табл.: 3. **Библ.:** 13.

Мельниченко Александр Витальевич – кандидат экономических наук, доцент, докторант, Житомирский государственный технологический университет (ул. Черняховского, 103, Житомир, 10005, Украина)

E-mail: amelnitschenko@yahoo.de

UDC 330+336.3

Melnychenko O. V. Accounting-Analytical Aspect of Functioning of Financial Pyramid Schemes

The article is aimed at a topical problem of contemporary social relations in the field of finance. With the proliferation of unethical organizations, which take hold of people's possessions, also by using fraudulent mechanisms, the traditional and secure financial operations often become discredited, too. The loss of confidence among the population, in particular to banks, is often a misunderstanding of the nature of operations and bases of the activities of various financial institutions. Aiming to regain or increase confidence, various measures should be taken, including increasing people's financial literacy, special actions for prevention of frauds and so forth. In this article, using the methods of accounting and economic analysis, the difference between financial pyramid schemes and the regular banks is displayed. Also, keeping in mind research interests of the author concerning the functioning of electronic money systems, the conclusions in the article should be considered as a scientific basis to enhance the credibility towards this means of payment, understanding that the right to issue electronic money in Ukraine is exclusive to banks, and the principles of constructing the financial pyramid schemes and the electronic money systems differ fundamentally.

Key words: financial pyramid scheme, bank, accounting, analysis.

Tabl.: 3. **Bibl.:** 13.

Melnychenko Olexsandr V. – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Candidate on Doctor Degree, Zhytomyr State Technological University (vul. Chernyakhovskogo, 103, Zhytomyr, 10005, Ukraine)

E-mail: amelnitschenko@yahoo.de

Ключовими характеристиками грошей є функції, які вони виконують та які базуються на довірі до них. Такі функції є класичними і загальновідомими та досліджені багатьма науковцями у численних пра-

цях. На нашу думку, саме довіра до грошей забезпечує виконання ними засобу обігу, засобу платежу, міри вартості, засобу нагромадження та в окремих випадках світових грошей. Адже без довіри з боку їхніх користувачів