

посіб. – Вид. 2-ге, доп. / С.В. Мочерний, О.А. Устенко. – К.: ВЦ «Академія», 2006. – 504 с.

7. Негашев Е.В. Анализ финансов предприятия в условиях рынка: Учебное пособие / Е.В. Ненашев. – М.: Высшая школа, 2009. – 498 с.

8. Опарін В.М. Фінанси. Загальна теорія: Навч. посібник / В.М.Опарін. – К.: КНЕУ, 2010. – 164 с.

9. Філімоненко О.С. Фінанси підприємств: Навч. посібник / О.С. Філімоненко. – К.: Кондор, 2007. – 400 с.

І.В. МЕЛЬНИК,

здобувач, Національний університет державної податкової служби України

Фінансове забезпечення медичного страхування: зарубіжний досвід та практика в Україні

Проаналізовано практику фінансового забезпечення охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Досліджено особливості функціонування медичного страхування в Україні. Запропоновано напрями покращення фінансового забезпечення сфери вітчизняного медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, фінансове забезпечення охорони здоров'я, фінансування медичного страхування, модель фінансування охорони здоров'я.

Проанализирована практика финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах. Исследованы особенности функционирования медицинского страхования в Украине. Предложены направления улучшения финансового обеспечения сферы отечественного медицинского страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, финансовое обеспечение здравоохранения, финансирование медицинского страхования, модель финансирования здравоохранения.

In the article practice of financial securing of health care are analyzed in foreign countries. Features of the functioning of medical insurance are investigated in Ukraine. Directions for improving the financial securing of the national medical insurance are proposed.

Keywords: medical insurance, financial securing of health care, financing of medical insurance, model of health care financing.

Постановка проблеми. У сучасному світі здоров'я населення характеризує ступінь соціально-культурного розвитку суспільства та якість життя громадян. У кожній державі світу розвивається свій спосіб залучення та використання фінансових ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я жителів країни. Однак основним принципом ефективної діяльності сфери охорони здоров'я та медичного страхування для кожної країни є обсяг фінансових ресурсів, механізм розподілу коштів та здійснення контролю зі сторони держави. Тому досвід функціонування системи охорони здоров'я та медичного страхуван-

ня на прикладі Німеччини, США та Великобританії є цікавим та корисним для України з приводу питання фінансування цієї системи.

Аналіз досліджень та публікацій з проблеми. Проблемами фінансування галузі охорони здоров'я та питаннями у сфері медичного страхування займаються як вітчизняні, так і зарубіжні науковці. Серед перших можна зазначити таких як В. Базилевич, О. Заруба, С. Осадець, В. Рудий, М. Шипулін, а також праці економістів-дослідників: А. Аткинсона, П. Готтрета, Дж. Гендерсона, Г. Муні та ін. Однак це питання залишається недостатньо розкритим дотепер, особливо в процесі реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні на основі застосування міжнародного досвіду.

Метою статті є дослідження сучасних класичних моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я, аналіз їх застосування та функціонування медичного страхування у зарубіжних країнах, реалізація основних принципів здійснення медичної допомоги в Україні і визначення напрямів вдосконалення медичного страхування.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до статті 3 Конституції України «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» та 49 статті «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [1]. Аналізуючи Декларацію прав людини, яка прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 1948 році [2], кожна людина має право на життя, на соціальне забезпечення та реалізацію своїх прав за допомогою економічної, соціальної та культурної області, має право на певний життєвий рівень, включаючи їжу, одягу, житло, медичну допомогу та необхідне соціальне обслуговування, для підтримання здоров'я та добробуту її самої та своєї сім'ї тощо. Згідно із зазначеним можна стверджувати, що кожна особа має право на життя, охорону свого здоров'я та отримання медичного допомоги. Для забезпечення таких гарантій у сучасному світі функціонує три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Це такі системи, як бюджетно-страхова, приватна

та державна (бюджетна). Вчені зазначають, що від правильності обрання моделі фінансування залежить розвиток охорони здоров'я, підвищення рівня показників стану здоров'я громадян та отримання належного рівня медичної допомоги. Розглянемо ці моделі більш докладніше.

Бюджетно–страхова модель базується на принципі змішаної економіки, об'єднуючи доступність медичного страхування для всіх громадян країни та ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання. Така концепція фінансується за рахунок внесків працюючих громадян, підприємців та коштів держави. Визначальними рисами бюджетно–страхової моделі можна вважати обов'язкове медичне страхування майже для всього населення країни за участю отримання субсидій від держави. За такою системою страхові фонди не залежать від держави, а навпаки, уряд виступає гарантом в отриманні населенням ефективних медичних послуг. Одним із принципів бюджетно–страхової моделі є те, що робітники сплачують страхові внески в залежності від рівня своєї платоспроможності. Саме зародження страхової форми охорони здоров'я пов'язане з німецьким політичним діячем Отто фон Бісмарком (1815–1898). Яскравим прикладом бісмарковської концепції є Німеччина.

Німеччина є однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування. Сьогодні на її території діє як державне, так і приватне медичне страхування. Державне медичне страхування Німеччини представлено загальнообов'язковим державним медичним страхуванням. Система медичного страхування функціонує досить автономно та майже незалежно від державних коштів. Проте до 1999 року система охорони здоров'я у цій країні була схожою на ту, яка існує на цей час в Україні, тобто основну частку у фінансуванні становили державні видатки (у 1998 році частка державних видатків дорівнювала 65%) [3, с. 219]. У 2009 році загальні видатки на охорону здоров'я на душу населення у Німеччині становили \$4129 [3, с. 218]. Фінансування охорони здоров'я забезпечується на 60% внесками у фонди медичного страхування, на 10% – коштами приватного страхування, на 15% – державними коштами за рахунок оподаткування і на 15% – особистими коштами громадян [4].

Ставки внесків до фондів медичного страхування диференційовані, тобто залежать від платоспроможності застрахованих осіб, але медичні послуги надаються залежно від стану хворого та необхідної для нього допомоги, а не від розміру особистих внесків. Фонди медичного страхування поділяються в залежності від професійної спрямованості та за територіальним принципом. Загальнообов'язковому медичному страхуванню підлягають всі особи, які працюють та навчаються на виробництві, при цьому вони мають право довільно обрати будь–яку державну лікарняну касу (благо–дійне або громадське об'єднання, яке називають добровільної спрощеною системою медичного страхування, існує за рахунок членських внесків, учасники можуть лікуватися в межах певного ліміту, також чітко визначено перелік послуг,

які можна отримати в медичних установах [5]). Також застрахованими в системі медичного страхування можуть бути члени їхніх сімей, при цьому вони звільняються від сплати страхових внесків за умови, якщо їхній заробіток не перевищує певної встановленої державою межі.

Система медичного страхування в Німеччині також є не однорідною і складається з п'яти основних елементів. Перший компонент – стаціонарне медичне обслуговування – видатки складають 40% всіх видатків на медичну допомогу (59% всіх лікарів Німеччини працюють в лікарнях стаціонарного обслуговування). Другий елемент – амбулаторне обслуговування, третій – виготовлення медикаментів. Ціна медикаментів складає третину від ринкової ціни. Вони продаються лише за рецептами, що створює можливість контролювати якість ліків. Четвертий елемент – фінансування програм для тих осіб, які не можуть особисто брати участі в програмах обов'язкового медичного страхування. П'ятий – медичне обслуговування на підприємствах, що становить 4,3% всіх видатків на охорону здоров'я [6].

Другу модель фінансування охорони здоров'я розглянемо приватну систему, якій притаманно отримання медичної допомоги на платній основі та за рахунок фондів добровільного медичного страхування. За такою системою застрахована особа повинна вносити кошти у фонди страхувальника у розмірі середньої вартості медичних послуг, які надаються страховою компанією, але при підвищенні ризику страхові внески збільшуються. Ті верстви населення (безробітні, пенсіонери, малозабезпечені), які не мають змоги сплачувати такі кошти, захищаються країною за допомогою розробки та фінансування спеціальних соціальних програм медичної допомоги. Однією з країн, яка застосовує приватну модель фінансування охорони здоров'я, є США.

Система медичного страхування в США є найдорожчою у світі. Підтвердженням цього є розмір загальних видатків на сферу охорони здоров'я у 2009 році – більш ніж \$2,3 трлн. [7]. Діюча система є відмінною від системи медичного страхування, яка діє в Німеччині. У США є система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються у центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків [8, с. 182].

Однією з найбільших соціальних програм в США є програма «Медікер» (англ. Medicare). Дана федеральна програма медичного страхування функціонує в США з 1965 року. Головною метою цієї програми є надання безкоштовної медичної допомоги громадянам віком понад 65 років, а з 1972 року програма також почала обслуговувати інвалідів. «Медікер» складається з двох основних частин: частини А (лікарняне страхування, за яким передбачається оплата лікарняних послуг, деяких видів домашнього догляду) та частини В (додаткове медичне страхування, за яким здійсню–

ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ється оплата за відвідування лікаря, амбулаторне обслуговування та за послуги незалежних лабораторій). У залежності від типу медичного страхування фінансування такої програми відбувається таким чином. Основний вид страхування покривається за рахунок коштів, які акумулюються через систему соціального медичного страхування, а додаткове медичне страхування фінансується за рахунок особистих внесків осіб, які підпадають під цю програму, та за кошти федерального бюджету. Також у США діє державна програма медичної допомоги «Медікейд» (англ. Medicaid), яка була заснована у 1960 році. За допомогою цієї програми медичну допомогу отримують: непрацездатне населення, сліпі американці, громадяни із невисоким рівнем доходів, на утриманні яких знаходяться неповнолітні діти, тощо. Фінансування такої державної програми відбувається за кошти федерального уряду та органів управління штатів.

За такими програмами застраховано близько 20% населення, 58% американців застраховані за програмами групового страхування за місцем роботи та лише 2% громадян припадає на добровільне медичне страхування. Найбільше застрахованими особами є робітники промисловості та робітники, які працюють повний робочий день, а також державні службовці, члени професійних спілок тощо. Але при втраті роботи застрахована особа одразу залишається без медичної страховки.

Тому система медичного страхування в США має як позитивні, так і негативні аспекти. Звичайно, уряд країни витрачає на охорону здоров'я більше, ніж будь-яка інша країна світу (11,5% валового прибутку), але навіть за таких умов більше 15% населення не мають жодних страхових медичних полісів, а отже, ця кількість громадян є фінансово незахищеними з боку держави від великих витрат на медичні послуги.

Третьою і останньою моделлю фінансування охорони здоров'я є державна, або бюджетна, система. Ця модель характеризується великим впливом держави. Фінансування відбувається у межах від 50% до 90% з державного та місцевих бюджетів, сплати податків населенням та підприємствами. Громадяни країни в основному отримують безоплатну медичну допомогу. Деяка невелика кількість медичних послуг є платною. Держава виступає в особі страхувальника, який надає медичні послуги, та в особі, яка контролює ефективність надання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування відіграє другорядну роль, але все одно під наглядом країни. Найбільше ця модель діє у Великобританії.

З 1948 року у Великобританії функціонує система Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) (The National Health Service (NHS)) [9]. Ця система є яскравим прикладом державної моделі системи медичного страхування. Основною метою НСОЗ є доступність кожному громадянину країни всього спектру медичних послуг, які надаються за такою системою, та безоплатність отримання саме цих послуг. Національної служби охорони здоров'я фінансується за рахунок надходження коштів від сплати податків, які становлять 90%

бюджету охорони здоров'я. Лише на 7,5% бюджети формуються за рахунок внесків роботодавців по найму (власні страхові внески); ще 2,5% – це плата за стоматологічну і офтальмологічну допомогу, виписку рецептів, приватні ліжка в державних лікарнях; приблизно 4% коштів НСОЗ формуються з додаткових платежів населення (головним чином за виписку і оплату вартості ліків в аптечній мережі); в цілому пацієнти платять 10% вартості лікування [10, с. 306–307].

Оскільки фінансування здійснюється переважно за рахунок загальних бюджетних надходжень, звичайно така система медичного страхування має централізоване управління, яке здійснюється за допомогою центральних та місцевих органів влади.

Медичному страхуванню підлягають всі працюючі, окрім безробітних жінок, які знаходяться у шлюбі. У свою чергу, вони мають право на добровільне медичне страхування. Приватне медичне страхування охоплює ті сфери медичних послуг, що не можуть бути надані НСОЗ. Близько 13% громадян є споживачами добровільного медичного страхування [10, с. 307].

Повільне зростання якості надання медичної допомоги, використання застарілих медичних технологій, недостатня гнучкість організаційних структур може виникнути через відсутність природних чинників, які стимулюють розвиток такої системи. Та, незважаючи на такі можливі недоліки, основною метою системи медичного страхування Великобританії є здоров'я громадянина країни. Саме це оплачується державою, що робить фінансово зацікавленим медика у зменшенні кількості захворювань та збільшенні здорових людей.

Варто зазначити, що залежно від історичних, культурних, соціальних, демографічних (від тривалості життя населення, від рівня та типу захворюваності), економічних умов і від багатьох інших чинників будь-якої країни сформувалися різні форми надання медичної допомоги – в обов'язковій чи в добровільній.

Що стосується України, то вона не належить до країн, де відбулися радикальні реформи у системі охорони здоров'я. Можна стверджувати, що функціонування такої сфери відбувається без вагомих змін та конкретних реформаторських дій уряду. Сучасну модель фінансування охорони здоров'я можна віднести до бюджетної моделі, так як фінансування цієї галузі здійснюється за допомогою державного бюджету.

За останні роки фінансування системи охорони здоров'я зазнало суттєвих труднощів, пов'язаних з гострим дефіцитом бюджетних коштів. Наслідком недостатності фінансового забезпечення медичної сфери стало зменшення доступності безкоштовної медичної допомоги, зниження рівня оплати праці, незважаючи на рівень кваліфікації, та відсутність стимулів до праці у медичних робітників.

З 2003 року розглядається законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», в якому передбачено соціальні, фінансово-економічні, правові та організаційні засади загальнообов'язкового державного со-

цязального медичного страхування для забезпечення встановлених Конституцією України прав для всіх громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування.

У наш час усі зобов'язання щодо фінансування охорони здоров'я носять декларативний характер і не покривають в повній мірі бюджетними коштами цю сферу. Жодна країна світу не може собі дозволити повністю безкоштовну систему медичного страхування для всього населення країни.

Тому для покращення стану медичного страхування в Україні можна запропонувати такі напрями:

- за підтримки держави забезпечити обов'язкове медичне страхування працівника за місцем роботи за допомогою «лікарняних кас», при цьому розмір внеску встановлюється урядом залежно від платоспроможності працездатних громадян та вноситься на рахунок спеціального цільового фонду;
- надання медичної допомоги здійснюється на основі приватного медичного страхування, але вся система повністю знаходиться під контролем держави, страхування є обов'язковим для всіх громадян, а отже, і для всіх робітників, кількість надання медичних послуг в такій системі більше та через велику конкуренцію якість цих послуг утримується досить високою;
- за рахунок коштів державного бюджету та бюджетів місцевих урядів, а також на основі благодійних коштів створити спеціальний фонд, основною метою якого буде надання медичної допомоги малозабезпеченим громадянам України, враховуючи дітей, вагітних жінок, батьків дітей, які знаходяться під межею бідності, інвалідів та людей похилого віку, яким необхідний спеціальний догляд, тощо.

Висновки

Для подальшого ефективного розвитку вітчизняної системи медичного страхування необхідно вдосконалити систему фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні та прогнозувати тенденції, які можуть відбутися у майбутньому. Для функціонування дієвої системи медичного страхування в Україні необхідно удосконалити механізм фінансового забезпечення у даній сфері.

Список використаних джерел

1. Конституція України – Закон України від 28.06.96 №254к/96–ВР зі змінами №2952–VI від 01.02.2011 р. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
2. Всеобщая декларация прав человека [Електрон. ресурс] // Организация Объединенных Наций (ООН). – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml
3. Кузенко Н.В. Особливості фінансування системи охорони здоров'я розвинених країн / Н.В. Кузенко, Л.С. Доскончинська // Нау-

ковий вісник НЛТУ України: зб. наук.–техн. праць. – Львів: РВВ НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21.10. – С. 217–222.

4. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині [Електрон. ресурс] / М. Юнко // Аптека. – 2010. – №20. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/40027>
5. Експерти: лікарняні каси – це шлях до нових «Еліта-центрів» і трастів [Електрон. ресурс] // Страхова компанія Нафтагазстрах. – 2011. – Режим доступу: http://www.ngs.biz.ua/news/2011/ukr/new_ua.php?new=c4ca4238a0b923820dccc509a6f75849b
6. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах [Електрон. ресурс] // Інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку. – 2009. – Режим доступу: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok/084.htm
7. Global Health Observatory Data Repository: World Health Organisation [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#>
8. Бучкевич М.М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М.М. Бучкевич // Науковий вісник НЛТУ України: зб. наук.–техн. праць. – Львів: РВВ НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21.10. – С. 178–184.
9. NHS Choices – Your health, your choices [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nhs.uk>
10. Дугієнко Н.О. Принципи медичного страхування в Україні і країнах західної Європи [Електрон. ресурс] / Н.О. Дугієнко, А.І. Кормишова // Сталий розвиток економіки: Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – С. 306–308. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/sre/2011_6/306.pdf
11. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я [Електрон. ресурс] / Н. Карпишин, М. Комуницька // Світ фінансів. – 2008. – №1 (14). – Березень. – С. 110–117. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_um/Svfin/2008_1/14-110.pdf.
12. Мельник-Бантон О.П. Видатки на охорону здоров'я як складова частина бюджетної політики України: перспективи реформування [Електрон. ресурс] / О.П. Мельник-Бантон // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – 2010. – №4. – С. 79 – 86. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/nvnu/ekonomika/2010_4/R5/Melnyk.pdf.
13. Андрушків І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах / І.П. Андрушків // Науковий вісник НЛТУ України: зб. наук.–техн. праць. – Львів: РВВ НЛТУ України. – 2010. – Вип. 20.13. – С. 170–174.
14. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я [Електрон. ресурс] / Ж.Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління. – 2010. – Вип. 3 (30). – С. 1–7. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Trpu/2010_3/doc/1/11.pdf.