УДК 336.1

А.Б.Городюк,
Буковинський державний фінансово-економічний університет,
м. Чернівці

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті відображено сучасний стан фінансування галузі охорони здоров'я у світі, висвітлено моделі фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах, розглянуто будову механізму фінансування охорони здоров'я на прикладі конкретних країн.

В статье отражено современное состояние финансирования здравоохранения в мире, освещены модели финансирования здравоохранения в зарубежных странах, рассмотрены строение механизма финансирования здравоохранения на примере конкретных стран.

The modern state of financing of world industry of health protection is represented, lighted up models of financing of sphere of health protection in foreign countries, the structure of mechanism of financing of health protection in the case of specific countries is considered.

Ключові слова: охорона здоров'я, фінанси, капітал, джерела фінансування, заклади охорони здоров'я, медичне страхування.

В умовах сьогодення значної актуальності набувають питання фінансового забезпечення медичної діяльності. Це пов'язано з низкою причин, основною з яких може вважатись незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я і, як наслідок, невдоволеність значної частини пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги.

За останні роки науковці висловлювали численні пропозиції щодо реформування національної системи охорони здоров'я на основі зарубіжного досвіду. Зазначені проблеми досліджували В. Андрущенко, В.Войцехівський, Н.Карпишин, С.Кондратюк, Н.Лакіза-Савчук, В.Леха, Е.Ліннакко, А.Малагардіс, Я.Радиш, І.Радь, В.Рудий, В.Семенов, О.Тулай, С.Юрій, А.Бондар, Л.Дешко та інші вітчизняні й зарубіжні вчені.

Метою статті є розгляд основних моделей фінансування видатків на охорону здоров'я на прикладі конкретних країн.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я є механізмом, який включає процес формування, розподілу і використання фінансових ресурсів, спрямованих на підтримання повноцінного здоров'я людини.

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно з якою на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я.

2. Платна (приватна) модель фінансування, що створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільше платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30–40% усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної

допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного Хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10–20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дає змогу збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [3].

Розглянемо більш детально системи фінансування видатків на охорону здоров'я на прикладі деяких країн.

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення. З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, сучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення. Загальні витрати на здоров'я на душу населення у 2012 році складали $ 3,978 [4]. Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані "каси", тобто страхові компанії. Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80% населення. Основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління [1].

Система охорони здоров'я у Франції значною мірою регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. На місцевому рівні є 22 регіональних бюро з питань охорони здоров'я та соціальних справ (DRASS).

Загальний доступ до медичних послуг гарантується національною системою медичного страхування (НМС), яка є частиною системи обов'язкового соціального забезпечення. НМС, контрольоване Міністерством соціальних справ, покриває 99% населення країни. Страхування здійснюється через різні програми в залежності від професійної належності особи. Загальна програма покриває приблизно 80% населення, в основному це працівники торгівлі та промисловості, а також члени їх сімей. Решта населення застрахована через програми для робітників сільського господарства, незалежних професій та окремих груп працівників (наприклад, державних службовців, лікарів та студентів). Найбідніші верстви населення мають право отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій. Покриття НМС не є всеохоплюючим, в зв'язку з чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного

страхування (Mutuelles), або через приватне страхування [1].

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників – 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% з працівника. На даний час НМС покриває 74% всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства покривають приблизно 7%, а приватні страховики – 5% витрат на охорону здоров'я. Менш ніж 3% надходить зі зборів загальних податків, а решта (понад 13%) – за рахунок співоплати зі сторони пацієнта. НМС відіграє основну роль у встановленні рівня оплати послуг приватних лікарів та приватних лікарень. Уряд визначає рівень фінансування державних лікарень.

Для фінансування нової Програми загального медичного страхування створено фонд, який забезпечує додаткове покриття. Він фінансується державними субсидіями – медичними субсидіями, які раніше надавались регіону, – та 1,75% страховим внеском, що сплачується Mutuelles, закладами і страховими компаніями від суми їх глобального медичного портфеля. Цей фонд перераховує організаціям соціального забезпечення грошову суму, яка дорівнює витратам, понесеним згідно з Програмою загального медичного страхування. Фонд також перераховує Mutuelles, закладам та страховим компаніям фіксовану суму на одного реципієнта страхової допомоги загального медичного страхування [1].

Система охорони здоров'я Франції є однією із найбільш дорогих в Європі. Було здійснено низку політичних ініціатив з метою стримування витрат, в основному, шляхом збільшення надходжень та зменшення видатків. Однак досягти довготривалої стабілізації витрат не вдалося. У той же час, для охоплення страхуванням всіх прошарків населення запроваджене "загальне медичне страхування", яке краще охоплює найменш заможні верстви населення [4].

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 р., коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування.

НСОЗ фінансується за рахунок системи загального оподаткування (95%) та інших платежів (5%) в рамках загального бюджету, який розробляється Міністерством і ухвалюється Парламентом. Обсяги додаткового приватного страхування збільшилися в 90-х роках, але їх частка складає лише деякий відсоток від загальних витрат.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким [2].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я характерна для США, де оплата медичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. За даними у 2012 році загальні витрати на здоров'я на душу населення становили $7,960 [4].

Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхується своїми роботодавцями або через такі організації, як професійні товариства чи об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів некомерційними організаціями Синій Хрест і Синій Щит, які зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на два-три роки. Страхові внески можуть бути дуже високими.

Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій Хрест і Синій Щит, можуть обмежити вибір лікаря [1].

Для медичного обслуговування малозабезпечених соціальних груп створені державні програми медичної допомоги: "Медикейд" – для осіб із низьким рівнем доходів і безробітних і "Медикер" – для осіб похилого віку.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, і членів їх сімей. Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми не завжди можуть страхувати своїх працівників.

У березні 2010-го року Обама підписав Закон про захист пацієнтів та доступне медичне забезпечення (Patient Protection and Affordable Care Act, який часто називають Obamacare). Згідно з цим законом, страхові компанії більше не зможуть відмовляти в отриманні нових страхових полісів пацієнтам з хронічними хворобами, зобов'язані пояснювати будь-яке підвищення страхових внесків, а також забезпечувати для жінок безкоштовні мамограми та протизаплідні засоби. 32 мільйони американців вперше в своєму житті можуть дозволити собі медичне страхування і близько 95% осіб, молодших за 65 років будуть мати медичні страховки. Ті, хто не має медичного страхового полісу, будуть платити штрафи [5]. Ключовий елемент медичної реформи, яку ініціював президент США Барак Обама і яку на його честь називають ObamaCare, не вступить в силу у 2014 році разом з іншими положеннями цієї програми. Білий Дім повідомив, що на один рік відкладено положення, згідно до якого від працедавців вимагається забезпечення працівників медичним страхуванням [6]. Республіканці виступають категорично проти цих реформ. Закон про доступне медичне забезпечення фактично зобов'язує людей купувати страхові поліси. На їхню

думку, уряд надмірно втручається в економіку і в особисте життя людей.

Загалом, існують три основні підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. На практиці у всіх описаних вище країнах поєднуються всі ці елементи. У кожній країні базові програми в кожній категорії доповнюються програмами з інших категорій.

Отже, в усьому світі організація сфери охорони здоров'я розглядається як суспільна (національна) справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства.

Можна зробити висновок, що ідеальних моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я не існує, кожному варіантові притаманні свої переваги і недоліки. Як правило, в одній системі використовується кілька підходів, що дає змогу компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги.

Список використаних джерел:

1. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: Уроки для. України / За ред. В.Г. Черненко, В.М. Рудого. – К.: Академпрес, 2002. – 112 с.
2. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку : [збірник наукових праць] / відповідальний редактор О. Є. Кузьмін. - Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2011. - С. 357-364.
3. Воробйов В.В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я / В.В. Воробйов // Держава та регіони. Сер. Держ. упр . — 2011. — Вип. 4. — С. 10- 17.
4. Блог Назара Холода. – Режим доступу: http://blogs.voanews.com/ukrainian/economy/2012/05/02/
5. Офійний сайт foxbusiness. – Режим доступу: http://www.foxbusiness.com/industries/2012/03/29/countries-that-spend-most-on-health-care/
6. Сайт «Громадянин України» - Режим доступу: http://gukr.com/article2734.html.

УДК 336.27

О.М.Грубляк,
Буковинський державний фінансово-економічний університет,
м. Чернівці

СТАН ТА СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ БОРГОВОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ДЕРЖАВНОЇ ФІНАНСОВОЇ ПОЛІТИКИ ЕКОНОМІЧНОГО ЗРОСТАННЯ

Оцінено стан боргової політики України на сучасному етапі, визначено її ефективність та подано рекомендації стосовно розробки нової боргової стратегії з метою ефективного впливу державних запозичень на економічне зростання країни.

Оценено состояние долговой политики Украины на современном этапе, определены ее эффективность и даны рекомендации по разработке новой долговой стратегии с целью эффективного воздействия государственных заимствований на экономический рост страны.

Reviewed by a state debt policy of Ukraine at the present stage, to its efficiency and presents recommendations for developing a new debt strategy to effectively influence public debt on economic growth.

Ключові слова: державний борг, зовнішній державний борг, внутрішній державний борг, боргова політика, боргова стратегія, державні запозичення, погашення державного боргу.

В останні роки в Україні гостро постала проблема державного боргу, ефективності управління ним та відповідальності осіб за боргову незалежність