

Сабецька Т.І.
кандидат економічних наук,
доцент кафедри гуманітарних і фундаментальних дисциплін
Івано-Франківського навчально-наукового інституту менеджменту
Тернопільського національного економічного університету

Онуфрик О.І.
магістр
Івано-Франківського навчально-наукового інституту менеджменту
Тернопільського національного економічного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

В умовах сучасних викликів ефективно фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечує рівні можливості доступу до якісних медичних послуг громадянам з різними рівнями доходу, є стратегічною метою кожної держави. Проведення медичної реформи, орієнтованої на підвищення доступності й покращення якості медичного обслуговування населення нашої країни, потребує, зокрема, пошуку нових підходів до фінансування медичної галузі. Цікавим і корисним у даному аспекті може бути досвід зарубіжних держав у сфері організації та фінансування системи охорони здоров'я.

Огляд наукових джерел дає підстави виокремлювати три основні форми фінансування сектору охорони здоров'я, які використовуються у міжнародній практиці: державну, бюджетно-страхову і підприємницьку (приватну) (рис. 1).

Особливістю державної форми фінансування системи охорони здоров'я є переважання державних джерел фінансування (75-90%) і державна власність на більшість медичних закладів, що дозволяє забезпечити рівний доступ усіх громадян до отримання медичної допомоги. Найяскравішими прикладами реалізації державної моделі фінансування системи охорони здоров'я є Велика Британія, Італія та Канада.

Так, у Великій Британії створена Національна служба охорони здоров'я, яка охоплює все населення країни і фінансується за рахунок системи загального оподаткування. При цьому біля 95% медичних закладів країни перебуває у державній власності та управляється лікарняними трастами [2].

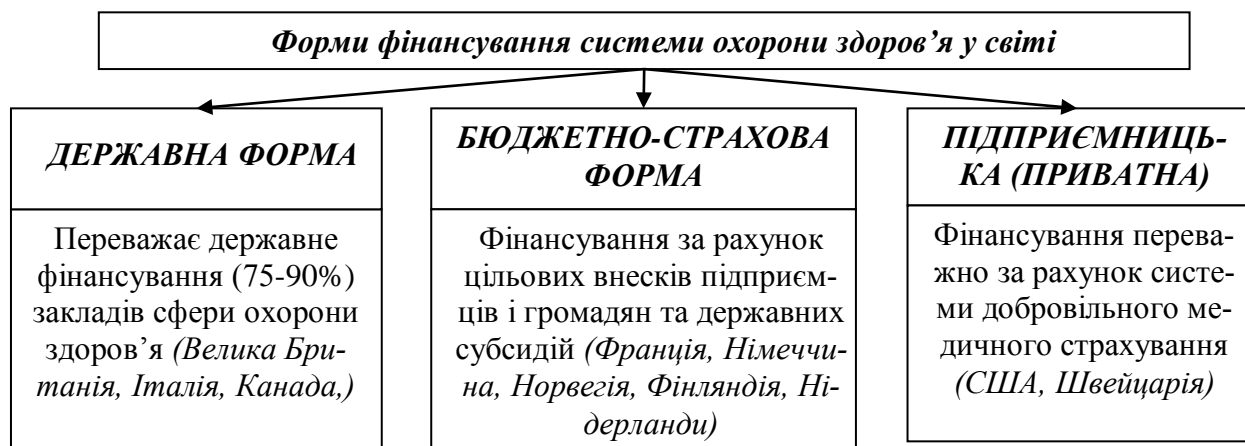


Рис. 1. Основні форми фінансування системи охорони здоров'я у світі
Джерело: систематизовано автором на основі [3]

Система охорони здоров'я Італії є більш децентралізованою, значна частина повноважень по управлінню медичною галуззю належить провінціям, а фінансування здійснюється спільно центральним і федеральними органами влади із незначною часткою співфінансування медичних послуг населенням. Державою встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян, а також визначені умови отримання медичної допомоги від приватних закладів. Безоплатними в Італії є первинна медико-санітарна допомога й лікування в стаціонарі, а оплата діагностичних процедур, послуг спеціалістів та придбання лікарських препаратів, що відпускаються за рецептами, здійснюються на засадах пайової участі пацієнтів [1].

Система охорони здоров'я Канади теж має децентралізований характер зі спільним фінансуванням галузі регіональними і федеральними органами влади. Кожна провінція отримує від Федерального уряду Канади гранд у розмірі 16% від загальних витрат на охорону здоров'я, решта фінансується за рахунок регіональних податків [1].

Бюджетно-страхова форма фінансування системи охорони здоров'я передбачає наявність трьох джерел фінансових надходжень: цільові внески підприємців, внески окремих громадян і державні субсидії. Так, для бюджетно-страхової системи охорони здоров'я Франції характерне поєднання державних програм обов'язкового медичного страхування і сектору приватного медичного страхування. Основним джерелом фінансування французької системи охорони здоров'я є податок на заробітну плату, за рахунок якого формуються цільові надходження медичних установ. Оскільки за рахунок коштів цільових фондів не забезпечується повне фінансування медичної галузі Франції, передбачені механізми дольової участі застрахованого споживача в оплаті медичних послуг шляхом придбання додаткових страхових полісів. У зв'язку з цим необхідним є розвиток інституту приватного медичного страхування, яким охоплено близько 13% усіх витрат на медичне обслуговування, а медичну допомогу найбільш вразливим верствам населення надають благодійні організації [1].

Основою фінансування сфери охорони здоров'я Німеччини є національна система обов'язкового медичного страхування (система лікарняних кас), яка охоплює 88% населення і фінансується за рахунок внесків найманих працівників та роботодавців. Страхові внески громадян до лікарняних кас формуються у єдиний фонд, із якого кошти перерозподіляються між лікарняними касами пропорційно до кількості учасників кожної із них. При цьому якість наданих медичних послуг не залежить від того, у яку саме лікарняну касу сплачувалися громадянином страхові внески [2]. Майже 9% громадян Німеччини оплачують додаткові медичні страхові поліси, які покривають вартість медичних послуг, що не входять до стандартного пакету.

Особливістю загальнонаціональної системи медичного страхування Норвегії є те, що пацієнт самостійно оплачує вартість медичних послуг, а згодом отримує компенсацію із відповідного державного фонду або приватної страхової компанії. Так, за рахунок коштів страхових фондів забезпечується відшкодування витрат на стаціонарне й амбулаторне лікування, на оплату послуг лікарів загальної практики та окремих фахівців, вартість діагностичних обстежень, відшкодування вартості лікарських засобів тощо [1].

У Фінляндії медичне забезпечення здійснюється через громадську систему охорони здоров'я та систему медичного страхування, а половина роботодавців добровільно організовує надання додаткових медичних послуг для своїх працівників. Також громадяни Фінляндії можуть отримати приватні медичні послуги, які частково фінансуються Національним фондом медичного страхування. Так, за програмою медичного страхування у Фінляндії на 50-100% покриваються витрати на ліки, на 60% – гонорар лікаря, на 60% – вартість стоматологічних послуг [2].

Співвідношення соціального та приватного медичного страхування у Нідерландах складає приблизно 64:36. У країні існує так званий «пориг доходу», через що із програ-

ми державного соціального страхування виключається частина населення з високими доходами, зокрема приватні підприємці, які змушені долучатися до програм приватного медичного страхування; за спеціальною обов'язковою програмою у Нідерландах здійснюється медичне страхування державних службовців [1].

Приватна (підприємницька) форма фінансування сфери охорони здоров'я передбачає створення системи добровільного медичного страхування, яка полягає у наданні громадянам платних медичних послуг медичними закладами, вартість яких відшкодується за рахунок приватних страхових полісів.

Яскравим прикладом приватної форми фінансування сфери охорони здоров'я є медична система Сполучених Штатів Америки. Так, у США функціонують державні програми надання медичної допомоги, зокрема загальнодержавна програма «Медікейр», яка охоплює близько 10% населення і розрахована для людей похилого віку та непрацездатних осіб, а також сімей з низьким доходом. У разі відсутності медичної страховки медичну допомогу можна отримати лише на умовах повної оплати з боку пацієнта. Окремі громадяни, які не мають медичної страховки, можуть отримати медичну допомогу у державних лікарнях через різноманітні благодійні програми.

Система охорони здоров'я Швейцарії має ринково орієнтований характер і функціонує за принципом «керованої конкуренції», у рамках якої надання медичних послуг і медичне страхування знаходиться у компетенції приватного бізнесу, але функціонує у рамках жорстко регульованого державою «штучного» ринку. Швейцарським урядом рекомендовано придбання усіма громадянами країни базового пакету страхових медичних полісів, а отже приватним медичним страхуванням у країні охоплено близько 99,5% громадян. Страхові внески є однаковими для усіх клієнтів, незалежно від стану здоров'я і місця проживання, а отже система працює таким чином, що медичне обслуговування людей, які мають проблеми зі здоров'ям, здійснюється за рахунок здорових громадян. Для малозабезпечених громадян держава надає субсидії для оплати полісів медичного страхування, таким чином близько третини швейцарців отримують державні субсидії, а біля 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок коштів державного бюджету Швейцарії [2].

Отже, дослідження передових практик фінансування систем охорони здоров'я високорозвинених держав світу показує, що існуючі в різних країнах медичні системи дозволяють доволі ефективно виконувати функції медичного забезпечення та соціального захисту, разом з тим навіть наявність достатнього фінансування системи охорони здоров'я не гарантує загальної доступності медичної допомоги для усіх громадян. Тому виважений підхід до стратегічного планування та своєчасне реформування медичної галузі можуть стати тими інструментами, які дозволять організувати дійсно ефективну систему охорони здоров'я, що користуватиметься довірою та підтримкою громадян.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення: 2.04.2018).
2. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 241 с. (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17).
3. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. 2008. № 613. P. 1-48.