

## ФІНАСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Сьогодні більшість розвинутих економік світу приділяють значну увагу соціальній складовій фінансування соціальних програм, зокрема програм охорони здоров'я, бо використовують прозорі інструменти та ефективний механізм взаємодії усіх зацікавлених сторін.

У країнах ЄС соціальний захист становить найбільш важливу частину держаних витрат. Частка витрат на соціальний захист у ВВП коливалася по країнах ЄС від 9,9 % в Ірландії до 25,6 % у Фінляндії [4]. Витрати на охорону здоров'я та допомогу з непрацездатності склали 2,7 % від загального обсягу соціальних витрат у середньому по ЄС у 2016 р. Серед країн-членів частка цих витрат коливалася від 0,2 % в Болгарії до 4,6 % в Данії. Ці витрати вдвічі перевищують витрати на допомогу по безробіттю.

До теперішнього часу визначаються чотири основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне, обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма [2]. Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Великобританії, Швеції, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування, а у Алжирі – муніципальна. В таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди та Ізраїль домінує система медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Змішана форма системи фінансування охорони здоров'я націлена на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів. З фінансової точки зору державна модель потребує менших витрат коштів. Змішана система побудована за такою схемою: першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі, коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступає в дію друга ланка – лікарні, консультаційні пункти та діагностичні центри, які фінансуються зі страхових фондів.

Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки, однак суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи. Вона забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з іншого – створює певну зацікавленість у населення в посиленні турботи до здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи. Перехід від однієї системи до іншої – дуже складний і тривалий процес. Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав.

Шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх верств населення, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне – наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на 80 % поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 % становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8 % податок із фонду оплати праці. Із них на медичну опіку йде лише 11,81 %, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів. Працівники вільних професій та люди, які є самі собі роботодавцями, теж сплачують податок роботодавця, але при цьому користуються системою пільг, згідно з якою він знижується з 32,8 % до 26 % [3].

У Франції домінує система обов'язкового медичного страхування. Населення даної країни, саме може вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55 % від загальної суми заробітної плати

працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплати. Робітник платить лише 0,75 %, а решту покриває роботодавець. Натомість із заробітної плати працівника вираховують 6,2 % на суспільний внесок та 0,5 % – на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та, віднедавна, з пачки цигарок.

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централізованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти головним чином за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, 10% відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94 % від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07 %, а решту – 24,87 % – сплачує роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші – 7,35 % від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8 % за нього доплачує держава [1].

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер та централізацію управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90 % бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5 % бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. В цілому пацієнти платять 10 % вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих, жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним та добровільним медичним страхування охоплено більше 13 % населення.

В Україні на державному рівні у 2018 р. фінансується лише 1 соціальна програма у сфері охорони здоров'я – Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2014–2018 р. Орієнтовний обсяг фінансування, передбачений програмою на 2018 р. – 1,28 млрд. грн. в тому числі 1,13 млрд. грн. з державного бюджету.

Отже, система охорони здоров'я повинна бути побудована на засадах змішаного медичного страхування, відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

*Список використаних джерел:*

1. Глазко Н.Д. Зарубіжний досвід забезпечення соціальної сфери / Н.Д. Глазко // Ефективна економіка: наукове фахове видання: [Електронний ресурс]. – 2014. – № 5. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3059>.

2. Гончаренко І.В. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України / І.В. Гончаренко // Вісник аграрної науки Причорномор'я. – 2013. – Вип. 1. – С. 26–34. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vanp\\_2013\\_1\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vanp_2013_1_6).

3. Зеленевиц В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленевиц, А.І. Кузьмин. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>.

4. Офіційний сайт Євростату [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government\\_expenditure\\_on\\_social\\_protection](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_social_protection).