

## ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На сьогоднішній день дуже гостро стоїть питання вдосконалення фінансування охорони здоров'я, бо це є важливою передумовою подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в цілому.

Актуальність теми полягає в тому, що рівень охорони здоров'я населення на пряму залежить від ефективності фінансування галузі. З цього приводу завжди виникали жваві дискусії в країнах із різним рівнем розвитку економіки.

На сьогодні визначаються такі основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне (через обов'язкове і добровільне медичне страхування) та змішана форма. Але ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються не в одній державі, проте в деяких державах вони займають домінуюче положення.

Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав (табл. 1).

Таблиця 1

Зарубіжний досвід фінансування закладів охорони здоров'я (за даними\*)

№	Країна	Характеристика
1	2	3
1	Ізраїль	У державі Ізраїль не має державної системи медичного обслуговування, 94% населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в рамках медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (83% випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (17% випадків). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких, є Профспілки та уряд. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим.

Продовження табл. 1

2	Швеція	Система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх, 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 відсотків поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 відсотків становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8-відсотковий податок. Із них на медичну опіку йде лише 11,81 відсотка, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів.
3	Франція	Домінує система обов'язкового медичного страхування. Вони самі можуть 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 відсотка від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплатні. Робітник платить лише 0,75 відсотка, а решту покриває роботодавець. Натомість із зарплатні працівника вираховують 6,2 відсотка на суспільний внесок та 0,5 відсотка – 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.
4	Бельгія	Одна 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–

		відсоткового відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94 відсотка від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07 відсотка, а решту – 24,87 відсотка – «тягне» роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші – 7,35 відсотка від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8 відсотка за нього доплачує держава.
5	США	Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка, втім, також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбідніших людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе. Мільйони американців мають лише часткове страхування, яке аж ніяк не покриває коштів на перебування у лікарні, ліки та медичні процедури й операції.
6	Велика Британія	Використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великою отупінню централізації 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. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. 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. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичних послуг за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. 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.

Продовження табл. 1

1	2	3
7	Алжир	Існують спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Муніципальні лікарні розраховані на надання медичних послуг бідним верствам населення. Дані заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабе забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні умови в таких госпіталях не відповідають прийнятним нормам. В той же час в Алжирі існують приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі.
8	Італія	Центральний уряд встановлює, на які цілі повинні витратитися гроші, наглядає за загальними показниками здоров'я населення і веде переговори з медиками про трудові угоди.

\*<http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>

Отже, вивчивши основні види фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу можна зробити висновок, що найбільш прийнятною для більшості країн є змішана форма фінансування. Доцільним є поєднання змішаної системи медичного страхування та фінансування з бюджету держави. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян. Більшість країн шукають шляхи забезпечення базових мінімальних рівнів послуг і умов їх надання, однакових для всіх громадян.