



УДК 351.72:368.9.06

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4\(46\)-75-89](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-75-89)

Гавриченко Дмитро Георгійович доктор наук з державного управління, професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії і медицини невідкладних станів, Одеський національний медичний університет, Валіховський провулок, буд.2, м. Одеса, 65000, <https://orcid.org/0000-0003-1595-4467>

Штиршов Олександр Миколайович, кандидат наук з державного управління, доцент, завідувач кафедри місцевого самоврядування та регіонального розвитку, Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування, Чорноморський національний університет імені Петра Могили, вул. 68 десантників 10, м. Миколаїв, 54003, <https://orcid.org/0000-0002-7627-3721>

ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН ЩОДО ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРАКТИЧНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Анотація. У статті систематизовано досвід зарубіжних країн щодо функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я та представлено аргументацію необхідності активного стимулювання розвитку медичного страхування в Україні. Зазначено що добровільне медичне страхування широко поширене в усіх країнах світу через те, що державні асигнування на медицину недостатні для забезпечення всієї потреби населення у медичній допомозі.

Розглянуто досвід таких країн: Великобританії де функціонує, займаючи лідируючі позиції, державна система підтримки; охорони здоров'я та медичного страхування США де діє система медичного страхування яка базується на поєднанні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій, які забезпечують страхування життя та здоров'я; Канади де діє Національна система універсального медичного страхування, яка охоплює всі види медичної допомоги, за винятком стоматології, протезування та придбання медикаментів; Австралії де діє система медичного страхування яка базується на програмі «Medikare», яка забезпечує оплату вартості різних медичних послуг для всього населення, за винятком стоматологічної та екстреної допомоги; Німеччини де діє децентралізована модель медичного страхування, відома як «модель Бісмарка», що ґрунтується



на роботі лікарняних кас, побудованих на професійній та територіальній основі, а також на страхових фондах на федеральному рівні (ерзац-каси); Франції де медичне страхування діє у формі фондів взаємодопомоги; Нідерландів у формі численних товариств взаємо-допомоги та страхових компаній; Швеції де діє система загальнообов'язкового соціального страхування, в яку входить медичне і стоматологічне страхування.

Зроблено висновок, що на початкових етапах економічної трансформації особливу увагу щодо ефективного медичного забезпечення потребують найбільш вразливі соціально верстви населення. У контексті формування ринкових елементів у фінансовій системі працездатне населення зобов'язане самостійно забезпечувати свій добробут і соціальний захист.

Ключові слова: реформування сфери охорони здоров'я, медичне страхування, охорона здоров'я, моделі фінансування охорони здоров'я, медичні послуги.

Havrychenko Dmytro Heorhiyovych Doctor of Public Administration, Professor of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Odesa National Medical University, 65000, Odesa, Valikhovsky Lane, building 2, <https://orcid.org/0000-0003-1595-4467>

Shtyrov Oleksandr Mykolayovych PhD in Public Administration, Associate Professor, Head of the Department of Local Self-Government and Regional Development, Educational and Scientific Institute of Public Management and Administration, Petro Mohyla Black Sea National University, 54003, Mykolaiv, 68 Desantnykiv St. 10, <https://orcid.org/0000-0002-7627-3721>

EXPERIENCE OF FOREIGN COUNTRIES REGARDING FUNCTIONING OF THE FINANCING MODELS OF HEALTH PROTECTION SYSTEMS AND PRACTICAL IMPLEMENTATION MEDICAL INSURANCE

Abstract. The article systematizes the experience of foreign countries regarding the functioning of health care system financing models and presents the argument for the need to actively stimulate the development of medical insurance in Ukraine. It is noted that voluntary medical insurance is widespread in all countries of the world due to the fact that state appropriations for medicine are insufficient to meet the entire population's need for medical care.

The experience of foreign countries is considered in detail, using the example of Great Britain, where the state system of health care support and medical insurance functions, occupying a leading position. The USA has a health insurance system



based on the combination of a central insurance fund with a network of local independent insurance organizations that provide life and health insurance. Canada has a national system of universal health insurance, which covers all types of medical care, except for dentistry, prosthetics and the purchase of medicines.

Australia has a health insurance system based on the Medikare program, which provides payment for the cost of various medical services for the entire population, except for dental and emergency care. In Germany, there is a decentralized model of health insurance, known as the "Bismarck model", which is based on the work of hospital funds built on a professional and territorial basis, as well as on insurance funds at the federal level (ersatz funds). France, where medical care operates in the form of mutual aid funds, the Netherlands in the form of numerous mutual aid societies and insurance companies. Sweden has a compulsory social insurance system, which includes medical and dental insurance.

It was concluded that at the initial stages of economic transformation, the most socially vulnerable sections of the population need special attention regarding effective medical care. In the context of the formation of market elements in the financial system, the working population is obliged to independently ensure their well-being and social protection.

Keywords: reforming the health care sector, health insurance, health care, health care financing models, medical services.

Постановка проблеми. Охорона здоров'я людини є критичним важливою сферою діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Адже, здорове населення виступає як катализатор економічного зростання, сприяючи підвищенню продуктивності, зменшенню витрат на охорону здоров'я, стимулюванню інвестицій та споживання, а також сприяючи інноваціям та розвитку.

Зростаючий науково-технічний прогрес та підвищення рівня життя населення призводять до необхідності впровадження систем медичного страхування для громадян. Аналіз історії та сучасного стану розвитку інституту страхування показує, що він є ключовим елементом економічної та соціальної системи суспільства. Недостатня розвинутість системи страхування заважає ефективному функціонуванню економіки.

У 2015 році український уряд розпочав глобальні перетворення у системі охорони здоров'я з метою впровадження комплексу системних змін, що сприяли б покращенню показників стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат на медичні послуги.

Основою реформи була модернізація та інтеграція системи надання послуг, впровадження нових механізмів оплати праці медичних працівників, спрямованих на стимулювання їх ефективності, а також покращення якості медичних послуг.



Важливим кроком у цьому процесі став прийнятий у 2017 році новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який унормував впровадження гарантованого пакету медичних послуг - Програму медичних гарантій (ПМГ) і заснування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як інституції з функціоналом стратегічного закупівельника послуг для цієї програми.

Проектувалося, що з часом ПМГ буде розширюватися для охоплення всіх видів медичної допомоги, а фінансування охорони здоров'я перейде від кошторисного до результативно-орієнтованих методів фінансування. Це мало б забезпечити кращу відповідність медичних послуг потребам пацієнтів.

Незважаючи на це, витрати громадян на медичні послуги та ліки залишаються значно високими, що вимагає додаткових фінансових ресурсів для сфери охорони здоров'я. Порівняння очікуваних і фактичних результатів *реформування вітчизняної системи охорони здоров'я*, на жаль, виявили низку проблем, що гальмують успішне проведення трансформацій.

Впровадження медичного страхування може покращити ефективність накопичення та розподілу страхових коштів, забезпечуючи більшу соціальну захищеність населення. Проте, класична страхова медицина може суперечити державній моделі фінансування, що впроваджується в Україні.

Так, МОЗ України затвердило наказом від 25.08.2023 р № 1530 «Дорожню карту» впровадження медичного страхування. Згідно з позицією розробників документа, додаткове медичне страхування має за мету зменшити фінансове навантаження на державний бюджет. Оскільки коштів для забезпечення охорони здоров'я постійно не вистачає, це може сприяти підвищенню якості медичної допомоги.

Тому аналіз досвіду зарубіжних країн з функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я стає важливим для вирішення існуючих проблем у сфері охорони здоров'я України, особливо в аспектах активного стимулювання розвитку медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Багато дослідників, серед них Л. Бондарева, О. Борисюк, О. Степанова, Ю. Брігхем, Д. Бланд, В. Райхер, К. Граве, В. Гейльман, Є. Дюжикова та інші, вивчали систему медичного страхування та проблеми її розвитку в зарубіжних країнах, висвітлюючи різні аспекти цього питання.

Метою статті є аналіз досвіду зарубіжних країн з функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я та аргументація необхідності активного стимулювання розвитку медичного страхування в Україні.

Виклад основного матеріалу. Питання покращення системи медичного страхування є актуальною проблемою для багатьох розвинених країн світу, оскільки вона є ключовим чинником у формуванні ефективного механізму



фінансування сфери охорони здоров'я, що в свою чергу впливає на економічний розвиток держави в цілому.

У сучасному світовому суспільстві існують три основні моделі фінансування систем охорони здоров'я.

Перша з них відома під різними назвами, такими як державна, бюджетна або бюджетно-страхова система.

Ця модель характеризується тим, що основним джерелом фінансування, яке може становити від 50% до 90% від загальних витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів.

Друга модель – це система охорони здоров'я, яка фінансується переважно за рахунок коштів страхових фондів, що були створені державою на засадах соціального страхування. Ця система відома як страхова система охорони здоров'я та базується на моделі Бісмарка.

Третя модель – це приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансування є кошти громадян, організацій та підприємств, які можуть бути використані на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, при цьому фінансова підтримка держави обмежена і мінімальна.

Кожна з цих моделей має свої переваги та недоліки, і країни можуть використовувати комбінацію різних підходів для забезпечення найбільш ефективної системи охорони здоров'я для свого населення.

На сучасному етапі можемо поділити країни за методикою фінансування сфери охорони здоров'я (рис. 1).

Бюджетна система	Система медичного страхування	
	Централізована модель	Конкурентна модель
Велика Британія	Франція	США
Швеція	Польща	Ізраїль
Данія	Естонія	Швейцарія
Ірландія	Словенія	Німеччина
Фінляндія	Молдова	Нідерланди

Рис. 1. Перелік країн за методом фінансування системи охорони здоров'я

Джерело: за даними [2]

Щодо державної моделі фінансування охорони здоров'я (модель Беверіджа), вона фінансується з бюджетних джерел (до 90%) та успішно працює у країнах з сучасною економікою, стабільною податковою системою, високим рівнем зайнятості і збалансованою демографічною ситуацією. Ця модель була розроблена у Великій Британії з метою поліпшення соціального



забезпечення на основі страхових внесків. У цьому фонді більше третини внесків становлять внески працівників, менше третини – роботодавців, а понад чверть - державний бюджет [7].

У Великобританії діє, займаючи лідируючі позиції, державна система підтримки охорони здоров'я та медичного страхування. Це цілий напрямок соціальної політики держави, який у ході свого розвитку лише посилював свій вплив та контроль над діяльністю медичних та страхових організацій. Дана система доступна для населення за відносно низьких витрат на медичну допомогу. Більшість коштів виділяється з державного бюджету і централізовано перерозподіляється. У той самий час це породжує монополію надання медичних та страхових послуг. У пацієнтів, як правило, відсутня можливість вибору лікаря та лікувального закладу, ускладнений контроль за діяльністю медичного закладу з боку пацієнтів. У 1912 році був прийнятий Закон про страхування, що встановив принципи обов'язкового медичного страхування, який застосовувався до всіх працюючих і службовців за договором найму, за винятком деяких категорій, і охопив третину населення Англії, Шотландії та Ірландії [2].

Національна система охорони здоров'я функціонує за рахунок коштів, що збираються від платників податків (90% бюджету сфери охорони здоров'я), та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті витрат на соціальні потреби; ще 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Усі працюючі підлягають обов'язковому медичному страхуванню, за винятком непрацюючих жінок які перебувають у шлюбі. За рахунок цих коштів надається матеріальна допомога у разі тимчасової непрацездатності або за хворобою. Пацієнти сплачують 10% вартості лікування [7].

Обсяг медичних послуг, який надається Національною службою охорони здоров'я Великобританії, може бути доповнений приватним медичним страхуванням.

Приватна та змішана моделі фінансування використовується в країнах, де фінансування здійснюється за рахунок оплати платних медичних послуг і внесків до добровільного медичного страхування (США, Португалія, Нідерланди).

На початку XIX століття у США з'явилися перші приватні соціальні фонди, які спиралися на принципи корпоративного управління капіталом. Основою цих фондів є особисті внески застрахованих осіб, що залежать від рівня доходу, особистих факторів, таких як вік, професія, спосіб життя, а також демографічних характеристик, наприклад, середня тривалість життя та період після виходу на пенсію [8].

У США система медичного страхування базується на поєднанні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій, які забезпечують страхування життя та здоров'я. Фінансові



ресурси акумулюються у центральному фонді, який здійснює адміністративні функції та розподіляє кошти серед страхових організацій відповідно до законодавчо затверджених процедур розрахунків. В США ця система діє у межах програм «Medicare», що охоплює страхування американців віком від 65 років та тих, у кого серйозні проблеми зі здоров'ям, та «Medikate», що надає страхування для малозабезпечених, жінок та дітей із бідних сімей. Ці програми охоплюють понад 20% населення, тоді як страхування через роботу користується популярністю серед 58% населення, а добровільне медичне страхування на роботі – 2%. Найбільше медичне страхування отримують промислові робітники, державні службовці, члени профспілок та повноцінні робочі. Втрата роботи автоматично призводить до втрати медичного страхування [9].

Отже, у США медичне страхування тісно пов'язане із занятістю. Економіка медичного обслуговування в США вражає протиріччям між недоліками і надмірностями. Країна витрачає на охорону здоров'я 15% свого ВВП, що перевищує витрати будь-якої іншої країни у світі. Проте більше 15% населення США залишається без фінансового захисту від медичних витрат через відсутність медичного страхування – це малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, які не входять у систему медичного страхування.

Основний принцип медичного страхування в США – це забезпечення високої ефективності медичної допомоги. Страхова компанія оплачує витрати, пов'язані з застосуванням ефективних методів лікування з високим результатами.

США має найбільш витратну систему охорони здоров'я у світі, зростання видатків на яку за останні десятиліття відбувається надшвидкими темпами. Наприклад, загальні витрати на охорону здоров'я за останні сорок років зросли з 8,5% ВВП у 1979 році до 17,9% ВВП у 2020 році, що оцінюється на суму понад 3,8 трильйонів доларів США, а на одну особу вони зросли більш ніж в вісім разів, що в значній мірі пояснюється зростанням видатків держави на медичну допомогу [9].

Наразі у США приватні витрати на охорону здоров'я є суттєвою складовою загальних витрат на охорону здоров'я. Вони включають в себе витрати на медичні послуги, страхові внески, покриття витрат на ліки та медичне обладнання, а також інші витрати, які не фінансуються державним бюджетом.

Точний відсоток приватних витрат на охорону здоров'я відносно загальних витрат може коливатися залежно від року та конкретних обставин. Проте, на загальний рівень приватних витрат впливає ряд факторів, включаючи структуру системи охорони здоров'я, рівень розвиненості приватного страхування, та ступінь впливу різних галузей на ринок охорони здоров'я.

У 2020 році, за оцінками, приблизно 45-50% витрат на охорону здоров'я в США були приватними. Однак ці цифри можуть змінюватися з року в рік в



залежності від різних факторів, включаючи політичні рішення, економічні умови та соціальні тенденції.

Хоча приватне медичне страхування практикується в багатьох країнах, переважно воно є додатковим джерелом фінансування обов'язкового медичного страхування або бюджетної медицини.

Згідно досліджень, у США кожен долар що витрачається на охорону здоров'я розподіляється наступним чином: 42% - на стаціонарне лікування; 28% - на послуги лікаря і інші послуги; 13% - на фармацевтичні витрати; 8% - на витрати на догляд у будинках для літніх; 5% - на стоматологічні послуги; 4% - на фінансування державних програм у сфері охорони здоров'я [9].

Звертаючись до досвіду Канади зазначимо що із 1971 року там діє Національна система універсального медичного страхування, яка охоплює всі види медичної допомоги, за винятком стоматології, протезування та придбання медикаментів. Близько 90% витрат на медичну допомогу покриваються за рахунок громадських фондів, а 25% усіх витрат на охорону здоров'я компенсується за рахунок прогресивного податку [1].

Послуги та сфери, які не включені до загального універсального страхування, покриваються за рахунок добровільного медичного страхування, яке, однак, не отримало подальшого розвитку. Фінансування медичного обслуговування канадійців здійснюється за допомогою загального оподаткування, страхових внесків та сплати готівкою.

Також у Канаді існує система ощадних рахунків медичного страхування (MSAs - Medical savings accounts), які формуються із коштів що вираховують з роботодавців. За відсутності коштів на ощадних рахунках працівники оплачують медичні послуги власними коштами. Усі кошти на ощадних рахунках належать працівникам, включаючи ті, що залишаються після закінчення розрахункового періоду. Ця реформа охорони здоров'я має два основних напрямки: з одного боку, через недостатню інформацію щодо своїх можливостей споживачі медичних послуг можуть несвоєчасно звертатися до лікарів, що може збільшити медичні витрати, а з іншого боку, відсутність інформації у пацієнтів може призвести до збільшення обсягу наданих медичних послуг. Таким чином, державне фінансування сфери охорони здоров'я та регулювання ринку медичних послуг виправдані та необхідні [1].

У Австралії система медичного страхування базується на програмі «Medikare», яка забезпечує оплату 85% вартості різних медичних послуг для всього населення, за винятком стоматологічної та екстреної допомоги. Фінансування здійснюється через страхові внески у розмірі 1% від заробітної плати. Менш забезпеченим особам надається безкоштовна медична допомога у державних медичних закладах. Добровільне медичне страхування має невеликий розвиток і надає додаткові послуги [7].



Бюджетно-страхова модель фінансування покривається за рахунок цільових внесків підприємців та працездатних громадян до фонду охорони здоров'я, а також субсидій держави. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування є домінуючим у Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Японії (73%) та інших країнах [5].

У Німеччині діє децентралізована модель медичного страхування, відома як «модель Бісмарка», що ґрунтується на більш ніж 1200 лікарняних касах, побудованих на професійній та територіальній основі, а також на страхових фондах на федеральному рівні (ерзац-каси). Ці каси дбають про страхування громадян, які не мають страхування через роботодавців. Вони входять до системи державного медичного страхування. Ця країна стала піонером у впровадженні медичного страхування та розпочала «еру робочого законодавства».

Ключовим принципом страхової медицини в Німеччині є забезпечення необхідних фондів, що створюються працівниками та роботодавцями, контроль за функціонуванням системи медичного страхування та відповідність її діяльності закону. Система медичного страхування має обов'язковий характер і визначає базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організацію медичної допомоги, забезпечуючи суттєві права страхових медичних організацій та лікарів [3].

Медичне страхування в Німеччині є необов'язковим для всіх і застосовується до малозабезпечених з щорічним доходом менше 40 тис. євро. Внески до системи обов'язкового медичного страхування становлять фіксований відсоток від заробітної плати, що розподіляється між роботодавцем та працівником, а поліси медичного страхування є сімейними. Взаємодію суб'єктів у системі державного медичного страхування Німеччини представлено на рис. 3.

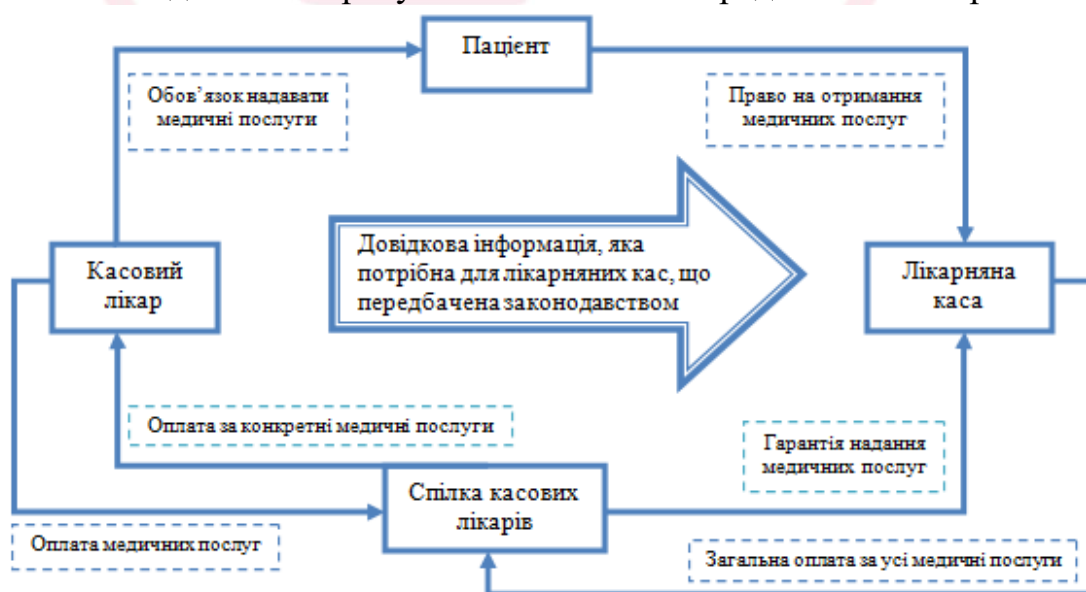


Рис. 3. Схема взаємодії суб'єктів державного медичного страхування Німеччини.

Джерело: за даними [3]



Лікарняні каси в Німеччині є автономними організаціями, які мають право встановлювати розміри внесків значно вищими за базовий рівень, розширювати сфери медичних послуг поза базовою програмою та вибирати форми розрахунків з медичними установами. Вони мають повну фінансову незалежність від держави та співпрацюють з урядом для стримування зростання вартості медичної допомоги та поліпшення якості послуг.

У Німеччині члени сімей (чоловік та неповнолітні діти) осіб, які застраховані у системі державного медичного страхування, можуть скористатися послугами та захистом державного медичного страхування через сімейне страхування (Familienversicherung). Варто зазначити що вони не повинні самостійно сплачувати страхові внески, якщо їхній заробіток не перевищує встановленого законодавством рівня. Медичне страхування становить приблизно 12% від загального обсягу страхових надходжень [3].

Система медичного страхування в Німеччині складається з п'яти основних елементів: стаціонарне медичне обслуговування (40% витрат ідуть на медичну допомогу); амбулаторне обстеження; виробництво медикаментів; фінансування програм для осіб, які не можуть брати участь у програмах ЗМС; медичне обслуговування на підприємствах (4,3% усіх витрат на сферу охорони здоров'я) [3].

У Франції медичне страхування почало свою історію з 1910 року у формі фондів взаємодопомоги, які в 1928 році перетворилися на страхові компанії. Сучасна вертикальна система медичного страхування включає Національну страхову організацію, контрольовану Міністерством соціального забезпечення та праці, та 129 місцевих осередків (страхових кас), кожен з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує одне з одним. Місцеві відділення мають певну автономію, але зазвичай підлягають адміністративному контролю з центру. Французька система соціального страхування NHІ охоплює 78% населення [2].

Фінансування NHІ

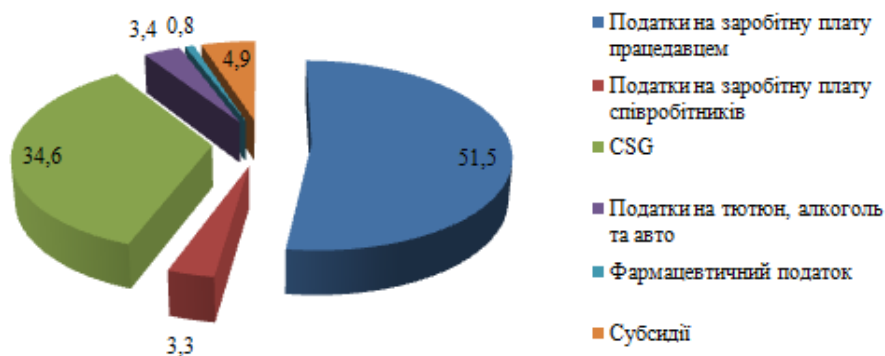


Рис. 2. Розподіл за джерелами фінансування системи охорони здоров'я Франції.

Джерело: за даними [2].



Застраховані особи мають можливість обирати лікарів, а вартість лікування майже повністю компенсується за рахунок соціального страхування. Непокриту частину витрат оплачують за рахунок соціальних гарантій, передбачених у колективних трудових угодах.

У Нідерландах медичне страхування з'явилося в 1901 році у формі численних товариств взаємодопомоги та страхових компаній. Кульмінацією цього процесу стало об'єднання більшості невеликих компаній у великі страхові фонди у 1940 році, коли було введено кероване медичне страхування з урахуванням стандартизації в системі медичного страхування. Діяльність територіальних страхових фондів контролюється Центральною Радою страхових фондів, яка складається з представників профспілок, медичних об'єднань, роботодавців та органів управління.

У 1990 році у системі регульованого медичного страхування Нідерландів було застраховано 60% населення, а приватний страховий сектор обслуговував 30% населення. Приблизно 40% угод у приватних страхових компаніях становили групові угоди між підприємцями та страховими компаніями [4].

На початку 1990-х років відбулися реформи, відомі як «план Деккера», що спрямовані на заміну різноманітних програм страхування на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. У рамках цих реформ було встановлено єдину ставку страхового внеску для всіх категорій населення, яка базується на відсотках від доходу та не враховує індивідуальні ризики. Зібрані фінансові кошти накопичуються у страховому фонді та потім розподіляються страховиками, що відстежують інтереси застрахованої особи. Внески страхувальника базуються на зважених ставках страхування.

У Швеції де нормою є високі стандарти життя станом на 2020 р. загальні витрати на охорону здоров'я становлять 11% ВВП, більшість з яких формують податкові надходження. На стаціонарне лікування припадає 42% від усіх витрат на охорону здоров'я, на амбулаторне - 37%, на медикаменти - 12%, а решта - на управління та громадські інвестиції [5].

Перше законодавство про медичне страхування в Швеції було прийнято у 1898 році, і воно охопило всіх громадян у віці до 16 років. У Швеції діє система загальнообов'язкового соціального страхування, в яку входить медичне і стоматологічне страхування. Контроль за цією системою здійснює Національна Рада через регіональні бюро. Уряд спрямовує 18% фінансових ресурсів на охорону здоров'я і медичну допомогу, місцеві органи влади - 51%, а роботодавці - 31%. Однією з особливостей шведської системи є передача прав на медичне страхування застрахованими особами страховикам [5].



Систему медичного страхування в Японії можна віднести до моделі Бісмарка, яка передбачає обов'язкове страхування всіх громадян за допомогою внесків з боку застрахованих, їхніх роботодавців і держави.

Система медичного страхування Японії передбачає покриття пацієнтом послуг до 30% вартості. Існує єдина спеціальна система страхування з догляду та дві системи страхування здоров'я.

Перша страхування працівників за місцем роботи та членів їх сімей. Така система організована та діє у приватних компаніях, громадських організаціях та державних установах. Страхування найманих працівників організовано за виробничим (професійним) принципом. Державні службовці та працівники великих підприємств страхуються у вигляді страхових товариств, розділених за професійною ознакою. Внески сплачують застраховані, роботодавці та держава. Застрахований пацієнт при зверненні до медустанови оплачує від 20 до 30% вартості лікування. Розмір внеску визначається заробітком, але не перевищує встановлену норму.

Друга система національного страхування за місцем проживання. Гарантує медичну допомогу дрібним власникам та членам їхніх сімей, а також інвалідам та незаможним верствам. Страховий внесок невеликий, залежить від доходу та складу сім'ї та фінансується державою наполовину. Процедура страхування організовано через місцеві органи влади.

Страхування на оплату послуг патронажного догляду. Ця система працює з 1997 р. і пов'язана з однією із серйозних проблем – старінням населення [6].

Так, у Німеччині, де система охорони здоров'я ґрунтується на страхових принципах, бюджетні видатки становлять лише невелику частину - 10,2% від загальної суми. Натомість, у Великобританії ця частка становить 85%, оскільки там система ґрунтується на бюджетному фінансуванні. Приватне фінансування, за винятком США, де воно складає 30% загальних витрат, переважно складає лише 5-13% бюджету галузі.

Головну частку в бюджеті охорони здоров'я складають кошти, зібрані на страхових принципах: їхня загальна сума становить 77,5% у Німеччині та 80% у Голландії, що свідчить про те, що страхові механізми є важливим джерелом фінансування медичної допомоги. Приклад фінансування наведено на рис. 3 у вигляді моделі системи фінансування медичного страхування Німеччини.

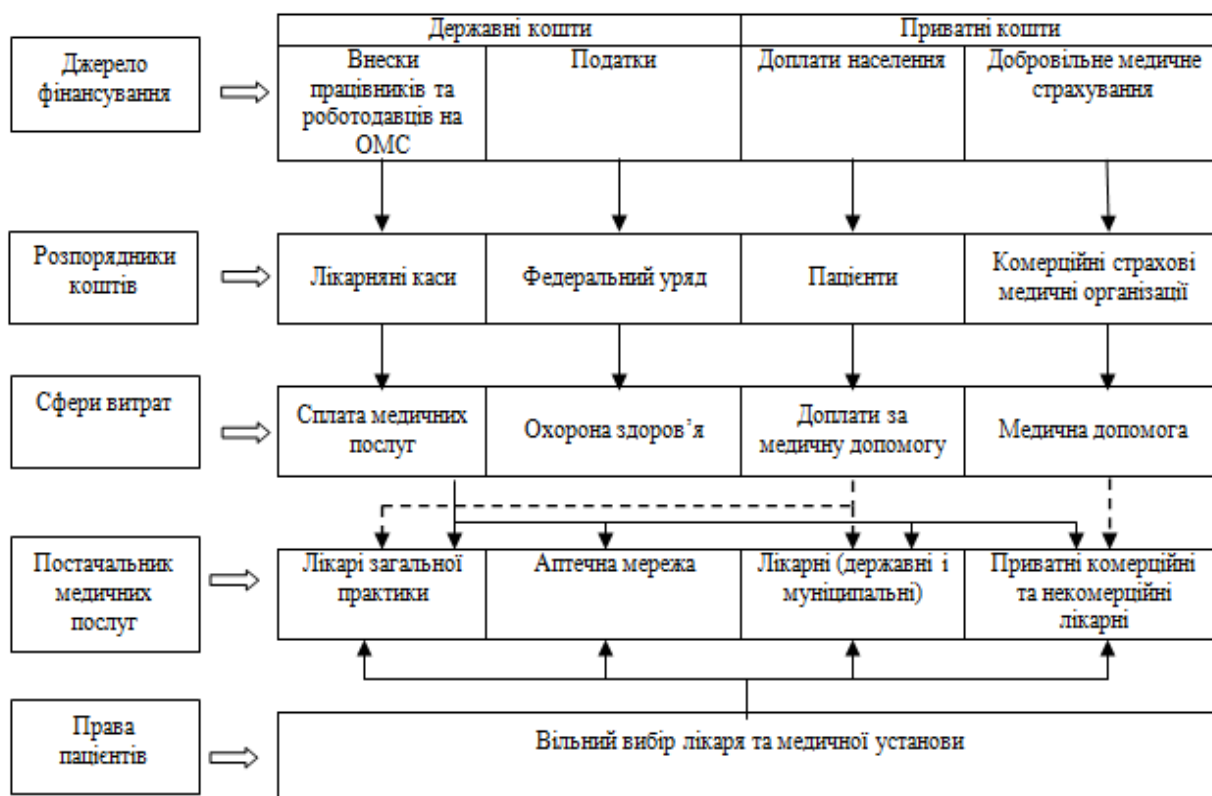


Рис.3. Модель фінансування медичної допомоги у системі медичного страхування Німеччини.

Джерело: за даними [2].

Також слід відзначити, що країни з вищим національним доходом, такі як США, Англія, Швейцарія, відрізняються великими витратами на медичні послуги на душу населення порівняно з менш розвиненими країнами, такими як Індія, Єгипет, Мексика. У економічно розвинених країнах на одну особу в середньому витрачається 74 долари на рік, тоді як у країнах, що розвиваються, ця сума становить лише 2 долари.

Висновки. Підбиваючи підсумки важливо зауважити, що проаналізовані моделі фінансування охорони здоров'я у чистому вигляді практично не використовуються в жодній країні, але в деяких державах вони є домінуючими. Тобто, держава або її органи обов'язково беруть участь у фінансуванні медичних послуг, і, як правило, внески до соціального страхування доповнюються бюджетними асигнуваннями. Вибір моделі фінансування охорони здоров'я залежить від культурно-історичних, соціально-економічних, демографічних умов, рівня захворюваності та інших факторів, що характеризують загальний стан здоров'я та рівень медичного обслуговування у кожній конкретній країні.



Аналіз досвіду зарубіжних країн підтверджує, що на початкових етапах економічної трансформації особливу увагу щодо ефективного медичного забезпечення потребують найбільш вразливі соціально верстви населення. У контексті формування ринкових елементів у фінансовій системі працездатне населення зобов'язане самостійно забезпечувати свій добробут і соціальний захист.

Враховуючи вищезазначене, стає очевидною необхідність уникнення безкоштовного надання медичних послуг і використання різноманітних джерел фінансування, таких як страхові фонди та державний бюджет.

Зазвичай, країни з переважанням бюджетного фінансування прагнуть до децентралізації управління системами фінансування та комерціалізації закладів охорони здоров'я. У той час, де ринкова модель фінансування переважає, країни розширюють бюджетне фінансування у сфері охорони здоров'я.

Більшість країн світу адаптують моделі медичного забезпечення населення та фінансування охорони здоров'я відповідно до обсягу бюджету, можливих витрат на охорону здоров'я, наявної медичної інфраструктури, сучасного стану захворюваності, загальної системи соціального захисту населення, історичних передумов і специфіки державної політики.

Література:

1. Борисюк О.В. (2017). Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. Молодий вчений. № 4. С. 5-8.
2. Гречківська Н.О. (2017). Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. Медична наука та практика: виклики і сьогодення. С. 77–82.
3. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. URL: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>.
4. Огляд медичного страхування в Нідерландах. URL: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1040>.
5. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. URL: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.
6. Організація медичного страхування в Японії. URL: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.
7. Бондарева, Л.В. (2015). Зарубіжний досвід вирішення проблем державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню / Л.В. Бондарева. С. 34-40.
8. Степанова, О.В. (2012). Реформування системи охорони здоров'я у США. Фінанси України. №3. С. 69-82.
9. US Health care costs. URL: <http://www.kaiseredu.org>.

References:

1. Borysiuk, O.V. (2017). Implementatsiia zarubizhnykh modelei sotsialnoho strakhuvannia do vitchyznianskykh realii [Implementation of foreign models of social insurance to domestic realities]. *Molodyi vchenyi – A young scientist*, 4, (pp. 5-8) [in Ukrainian].
2. Hrechivska, N.O. (2017). Medychne obsluhovuvannia pratsiuiuchykh v krainakh Yevropeiskoho Soiuzu [Medical care for workers in the countries of the European Union]. *Medychna nauka ta praktyka: vyklyky i sohodennia – Medical science and practice: challenges and the present*, (pp. 77-82) [in Ukrainian].



3. Systema okhorony zdorovia ta sotsialnoho strakhuvannia v Nimechchyni [The system of health care and social insurance in Germany]. (n.d.). *forinsurer.com*. Retrieved from: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047> [in Ukrainian].

4. Ohliad medychnoho strakhuvannia v Niderlandakh [Overview of health insurance in the Netherlands]. (n.d.). *forinsurer.com*. Retrieved from: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1040> [in Ukrainian].

5. Medychne strakhuvannia v Avstrii, Finliandii, Shvetsii, Italii, Izraili, SShA [Health insurance in Austria, Finland, Sweden, Italy, Israel, USA]. (n.d.). *www.likar.info*. Retrieved from: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html> [in Ukrainian].

6. Orhanizatsiia medychnoho strakhuvannia v Yaponii [Organization of health insurance in Japan]. (n.d.). *forinsurer.com*. Retrieved from: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058> [in Ukrainian].

7. Bondareva, L.V. (2015). Zarubizhnyi dosvid vyrishennia problem derzhavnoho zabezpechennia dostupnosti medychnoi dopomohy naselenniu [Foreign experience in solving problems of state provision of medical care availability to the population]. *Aktualni problemy derzhavnoho upravlinnia, pedahohiky ta psykholohii – Actual problems of public administration, pedagogy and psychology*, (pp. 34-40) [in Ukrainian].

8. Stepanova, O.V. (2012). Reformuvannia systemy okhorony zdorovia u SshA [Reforming the health care system in the USA]. *Finansy Ukrainy – Finances of Ukraine*, 3, (pp. 69-82) [in Ukrainian].

9. US Health care costs. (n.d.). *www.kaiseredu.org*. Retrieved from: <http://www.kaiseredu.org> [in English].

