

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСНОВНИХ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТІ

*Журавка Олена Сергіївна*

*к.е.н, доцент*

*Сумський державний університет, м. Суми*

*Босак Ірина Леонідівна*

*студент СумДУ*

*Сумський державний університет, м. Суми*

Основоположним правом людини є право на отримання медичної допомоги при погіршенні стану здоров'я чи наявності хронічних захворювань. В світовій практиці неможливо знайти країну, де населення не переймалося б станом охорони здоров'я. З економічної точки зору ефективність функціонування системи охорони здоров'я, в першу чергу, залежить від системи фінансування.

До основних видів фінансування охорони здоров'я, що склалися в світовій практиці, відносять: змішане, державне та добровільне. Окремо ці види фінансування не використовуються в жодній з країн світу, проте в деяких займають вагоме місце. Рівень витрат на охорону здоров'я залежить від широкого кола демографічних, соціальних та економічних факторів, а також від фінансування та організаційних механізмів діяльності системи охорони здоров'я.

Цікаво також відмітити, що у країнах з різним ступенем розвитку економіки відсутня пряма залежність між рівнем здоров'я населення та валовими витратами на сферу охорони здоров'я. Наприклад, до країн-лідерів за показниками здоров'я (такими, як: смертність та тривалість життя населення) відносять Німеччину, Францію, Нідерланди, Японію, США. Проте, рівень витрат на медицину в цих країнах різний. До прикладу, Японія є країною, що має одні з найвищих показників здоров'я, але одночасно і незначну суму державних витрат на охорону здоров'я населення.

Якщо проаналізувати досвід країн Західної Європи, то можна виділити дві домінуючі системи фінансування охорони здоров'я. Перша система (за якої пріоритет має бюджетне фінансування витрат на охорону здоров'я) побудована таким чином, що основні витрати на фінансування медицини покриваються за рахунок бюджетних видатків. Система передбачає, що медичне обслуговування є доступним для всіх верств населення, а фінансування витрат відбувається за рахунок централізованих податкових надходжень. Оплата праці працівників медичної галузі залежить від кількості осіб, що користуються їх послугами. Перевагу бюджетному фінансуванню медичної галузі надають такі розвинуті країни, як: Швеція, Фінляндія, Данія, Великобританія. Систему характеризують загальна доступність медичних послуг для населення, раціональний розподіл коштів та контрольованість з боку державних органів. Недоліками такої системи є те, що через недостатність бюджетних коштів може страждати якість та повнота медичного обслуговування.

Основою другої системи, так званої страхової системи фінансування охорони здоров'я, є німецька модель, побудована на соціальному страхуванні. Медична галузь фінансується за рахунок створення відповідних страхових фондів, що створюються за рахунок внесків роботодавців. Отже, працююче населення автоматично є застрахованим в системі обов'язкового медичного страхування. Для непрацюючого населення є спеціальні державні програми медичного страхування, або альтернативою виступає страхування у приватних страхових компаніях. Така система поширена у Німеччині, Франції та Швейцарії. До переваг можна віднести високу якість медичних послуг, що отримує населення, значні фінансові вкладення у галузь охорони здоров'я, обов'язковість медичного страхування для працюючого населення. Серед недоліків варто зауважити великий відсоток

відрахування коштів з заробітної платні, обмеженість медичних послуг, що покриваються системою обов'язкового медичного страхування.

У Франції, як і в більшій частині країн Європейського союзу модель збудована на рівних умовах для роботодавців та найманих робітників. Її сутність полягає в тому, що охоплює майже все населення країни не включаючи осіб до 18 років та пенсіонерів. Внески на страхування здоров'я здійснюються за рахунок працюючого населення та роботодавців, причому більша частина внеску оплачується роботодавцем - близько 60%. Французька модель передбачає наявність установ що займаються наданням додаткового страхування, наприклад стоматологічних послуг, що не передбачено Німецькою моделлю страхування.

Досить цікава страхова модель практикується в Нідерландах. Для населення підбирають систему страхування згідно їх доходів, тобто верства населення з високими доходами користується медичними послугами за рахунок приватного страхування, а населення, що має низькі доходи підпадає під страхування бюджетного характеру (обов'язкове).

Із прикладів наведених вище моделей можна помітити, що більшість розвинених країн не ризикує взяти на себе відповідальність з повного забезпечення населення медичним обслуговуванням виключно за рахунок бюджетних коштів. Фінансування системи охорони здоров'я кожної країни здійснюється з різних джерел: бюджетне фінансування, кошти обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, прями платежі населення.

#### Список використаних джерел

1. Борисюк О. В.(2020) Розвиток медичного страхування в Україні з використанням зарубіжного досвіду. <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/17842/3/medstr.pdf>
2. Костенко Т. А., Стоколюк В. В., Заволока Л. О. (2018) Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду. <https://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/5/167.pdf>
3. Fedir Zhuravka, Olena Zhuravka and Eugenia Bondarenko (2020). Voluntary health insurance as a source of funding for the health care system: the world's experience and Ukraine. *Insurance Markets and Companies*, 11(1), 61-80. doi:10.21511/ins.11(1).2020.07
4. Zhuravka, O., Daher, K., & Bosak, I. (2021). Development of the Voluntary Health Insurance Market in Ukraine. *Health Economics and Management Review*, 2, 83-91. <http://doi.org/10.21272/hem.2021.2-08>