

- ное пособие / О.В. Ломтатидзе, М.И. Львова, А.В. Болотин и др. – М. : КНОРУС, 2010. – 448 с.
7. Офіційний сайт Української біржі. – <http://www.ux.ua/>.
8. Про участь Української фондової біржі в приватизаційних процесах. [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 27.02.1995 № 146/95. – Режим доступу : URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/146/95>
9. Річний звіт НКЦПФР за 2012 рік: Інновації для розвитку ринку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.nssmc.gov.ua/fund/analytics>

УДК 658.14:331.522.4

Нагорна Л.В.

аспірант кафедри фінансів

Київського національного торговельно-економічного університету

ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВА РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

Дана стаття присвячена дослідженню сучасного стану розвитку охорони здоров'я як передумова розвитку людського капіталу та механізму фінансування системи медичних закладів у зарубіжних країнах. Таким чином, у статті розкрита роль людського капіталу та охорони здоров'я у політичному, економічному, соціальному та духовному зростанні країни. Досліджено основні моделі, особливості та джерела фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

Ключові слова: людський капітал, охорона здоров'я, державні джерела фінансування, приватні джерела фінансування, медичне страхування.

Нагорная Л.В. ОПЫТ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Данная статья посвящена исследованию современного состояния развития здравоохранения как предпосылка развития человеческого капитала и механизма финансирования такого развития в зарубежных странах. Таким образом, в статье раскрыта роль человеческого капитала и здравоохранения в политическом, экономическом, социальном и духовном развитии страны. Исследованы основные модели, особенности и источники финансирования здравоохранения в зарубежных странах.

Ключевые слова: человеческий капитал, здоровье, государственные источники финансирования, частные источники финансирования, медицинское страхование.

Nagorna L.V. EXPERIENCE IN HEALTH CARE FINANCING AS PRECONDITION OF HUMAN CAPITAL DEVELOPMENT IN FOREIGN COUNTRIES

This article investigates the current state of health care as precondition of human capital development and a financing of health care in foreign countries. Thus, the article reveals the role of human capital and health in the political, economic, social, and spiritual growth. The basic model features and sources of health financing in foreign countries.

Keywords: human capital, health care, government sources of funding, private funding sources, health insurance.

Постановка проблеми. В останні роки відбулося усвідомлення значної ролі людського капіталу у забезпеченні економічного розвитку суспільства. В свою чергу, охорона здоров'я є однією з найважливіших передумов розвитку людського капіталу, що зумовлює необхідність реалізації відповідних дій та здійснення видатків спрямованих на стимулювання розвитку охорони здоров'я в країні. Нині не існує єдиного можливого механізму фінансування охорони здоров'я. Це, у свою чергу, ускладнює розробку та реалізацію загальнодержавної політики у сфері розвитку людського капіталу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Основними положеннями теорії людського капіталу вважають Т. Шульца та Г. Беккера. Проблеми здійснення видатків на розвиток охорони здоров'я в зарубіжних країнах досліджували А.В. Бондар [1], В.В. Воробйов [2], О.В. Длугопольский [3], В.О. Зеленевич [4], Ю. Матвієнко [5], В.Ю. Чернецький [6] та інші.

Питання створення ефективних організаційно-економічних механізмів, які б поєднували та взаємодоповнювали державне і ринкове регулювання розвитку системи охорони здоров'я є досить актуальним. Пошук нових, більш гнучких та оптимальних схем фінансування здійснюється в усіх країнах світу, причому незалежно від рівня їх економічного розвитку

і можливостей фінансування. Україна не є винятком і так само потребує удосконалення існуючої системи фінансування охорони здоров'я, яке не можливе без залучення закордонного досвіду. Саме тому, проблема фінансування охорони здоров'я в інших країнах є дуже актуальною для України.

Постановка завдання. Метою статті є визначення основних джерел фінансування системи охорони здоров'я як передумови формування людського капіталу в зарубіжних країнах.

Задля досягнення даної мети, було вирішено наступні завдання:

- визначити основні джерела фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах;
- розглянути показники індексу людського капіталу в зарубіжних країнах, зокрема, показники рівня охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. В останні роки провідні країни світу приділяють дедалі більшу увагу забезпеченню розвитку людського капіталу. Людський капітал створює умови для політичного, економічного, соціального та духовного зростання, що робить його основним багатством держави. Тобто, людський капітал являє собою один із найважливіших чинників у забезпеченні економічного розвитку держави.

Однак, сучасна система охорони здоров'я в Україні не виконує покладених на неї завдань. Перш за все це спричинено браком фінансування. Основа роль у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я належить державному та місцевим бюджетам. Однак, у зв'язку з застарілою структурою організації охорони здоров'я, кошти, що виділяються з бюджету використовуються недостатньо ефективно і, як наслідок, їх не вистачає для забезпечення потреб у сфері охорони здоров'я у повному обсязі. У зв'язку з чим, приватні витрати населення на забезпечення власного здоров'я громадян в Україні є вкрай необхідними, однак, не завжди можливими. Що викликає необхідність залучення зарубіжного досвіду в процес фінансування охорони здоров'я в Україні.

Саме тому, вважаємо необхідним дослідити зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я як однієї з найважливіших складових розвитку людського капіталу.

В світовій практиці виділяють наступні базові моделі фінансування галузі охорони здоров'я відповідно до яких, країни організують власну систему фінансування:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа, у країнах колишнього СРСР називалася моделлю Семашко), згідно якої на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я перебувають у власності або під контролем держави.

2. Платна (приватна) модель фінансування, створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Основні засоби (приміщення, медична техніка) перебувають у приватній власності.

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку в сфері охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави. Така багатоканальна система фінансування забезпечує гнучкість та фінансову стабільність сфери охорони здоров'я, що дозволяє задовольнити потреби споживачів понад гарантований рівень [2, с. 143].

Розглянемо більш докладно механізм фінансування охорони здоров'я в окремих країнах.

Так, шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для постійного населення країни, а також іноземців, що живуть і працюють у країні. Державна система охорони здоров'я Швеції фінансується за рахунок податків та державних дотацій і лише не великої частки оплати пацієнтів та продажі послуг [4].

Лікарі приватних клінік мають можливість укласти прямі договори з місцевими відділами охорони здоров'я про додаткове фінансування. Таким чином, для пацієнта лікування як в державних, так і в приватних установах безкоштовне.

У Норвегії система медичного обслуговування має загальний характер та фінансується за рахунок податкових надходжень до бюджету. Таким чином, в Норвегії уряд оплачує близько 95 відсотків вартості медичних послуг. Однак користування державною системою не є обов'язковим. Медичні послуги можна оплачувати безпосередньо з власної кишені та користуватися невеликою кількістю приватних лікарень, що функціонують в країні [7].

Для системи охорони здоров'я Фінляндії також характерне фінансування за рахунок податків. Переважна більшість медичних послуг надається державними закладами й установами муніципального управління. Крім того, державна система медичного

обслуговування доповнюється приватними послугами, обсяг яких щорічно зростає.

Державне медичне страхування в Іспанії охоплює майже все населення та покриває первинне медичне обслуговування. Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок федеральних трансфертів та власних коштів регіональної громади. Однак, державної системою охорони здоров'я не є досконалою, зокрема спостерігається поширеність черг і проблеми з якістю послуг. Для уникнення зазначених недоліків громадяни за власний рахунок купують приватні страхові поліси [8].

Фінансування системи охорони здоров'я у Великобританії здійснюється переважно з бюджетних коштів, в основному, за рахунок податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Фінансовими ресурсами розпоряджається Національна служба охорони здоров'я в межах якої всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування.

Приватний сектор у Великобританії дозволяє уникнути черг та охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я [4].

Фінансування охорони здоров'я в Італії здійснюється за рахунок загального оподаткування на загальнонаціональному та регіональному рівні, а також за рахунок інших доходів бюджету. Лікування в стаціонарі та первинна медико-санітарна допомога здійснюються безкоштовно. Проте певні види послуг проводяться при дольовій участі пацієнтів, від якої звільняються громадяни похилого віку, вагітні жінки та діти.

В багатьох регіонах влада укладає контракти з приватними лікарнями на прийом пацієнтів, що мають державну медичну страховку. Тоді як приватне медичне страхування широкого поширення не набуло. Втім, багато італійців з тих, хто не застрахований у недержавних фірм, також користуються послугами приватних медичних установ оплачуючи їх послуги самостійно [8].

Американська система фінансування охорони здоров'я, на відміну від зазначених вище, ґрунтується на системі приватного страхування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбільш вразливих людей, тоді як усі інші американці залучені до системи приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе. Однак, така американська приватна система медичного страхування залишає без страхування здоров'я молодь, а також осіб, що працюють на малих підприємствах і членів їх сімей, що не завжди мають кошти необхідні для страхування [2, с. 144].

У Швейцарії медичні послуги фінансуються за рахунок структур медичного страхування, що носить практично загальний характер. Адаже всі громадяни зобов'язані брати в індивідуальному порядку базовий "пакет" медичних страхових полісів, який покриває широкий спектр медичних послуг. Крім того деякі роботодавці забезпечують своїх працівників медичним страхуванням чи оплачують частину внесків. Також Швейцарська держава, в залежності від рівня доходів та наявних у індивіда активів надає малозабезпеченим громадянам субсидії на придбання полісів медичного страхування [10].

В Нідерландах охорона здоров'я забезпечується за рахунок страхування ризику важких і хронічних захворювань, страхування в державних лікарнях

касах (застраховано більше половини всього населення країни) та приватних лікарняних касах.

Внески в державні лікарняні каси, розміри яких встановлює Міністерство охорони здоров'я, проводяться працівниками та роботодавцями, а суми цих внесків віднімаються з податків.

Крім того, за рахунок податку на найманих працівників держава надає значні кошти у вигляді субсидій, які допомагають населенню з низькими та середніми доходами купувати базовий страховий пакет. Тоді як громадяни, що мають річний дохід понад встановлену суму зобов'язані страхуватися в приватних лікарняних касах, а сплачувані внески частково йдуть на фінансування державних лікарняних кас [9].

Фінансування охорони здоров'я у Німеччині здійснюється за рахунок податку на зарплату, поділеного порівну між працедавцем та працівником, і спрямованого до лікарняних кас та загальних податкових доходів держбюджету.

Лікарні, як приватні, так і державні, що входять до схем, прийнятих землями, фінансуються подвійним чином: передбачається покриття капітальних витрат урядом землі, а оперативних витрат – лікарняними касами.

Працівники можуть бути членами системи обов'язкового страхування, що покриває близько 90 % населення, або застрахуватись в одній із приватних страхових компаній на долю яких припадає лише невеликий відсоток сукупних витрат на охорону здоров'я. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці застраховані через свого роботодавця. Непрацюючі члени сім'ї є застрахованими через того члена сім'ї, який працює [10].

Фінансування охорони здоров'я в Японії здійснюється за рахунок податку на заробітну плату, тобто обов'язкових внесків роботодавців і працівників, за рахунок податку на індивідуальну трудову діяльність, коштів з загальних доходів держбюджету, а також асигнувань.

У Японії діє система загального обов'язкового медичного страхування, що компенсує близько 90% витрат громадянина, а також існує система додаткового приватного страхування, але користуються нею лише дуже небагато японців.

Переважає більшість лікарень та клінік в країні перебуває у приватних руках, проте через те, що всі тарифи на оплату їх послуг встановлюються владою, для пацієнтів ніякої різниці між приватною і державною медициною не існує. Втім, по більшості послуг передбачено суттєву пайову участь пацієнтів [5].

Медичне обслуговування у Бельгії 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, відрахувань з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню [4].

У Сінгапурі система охорони здоров'я утримується за рахунок державних субсидій та коштів, що акумулюються на рахунках громадян та фондах соціального забезпечення. Крім того, пацієнти оплачують послуги лікарів як у державних, так і у приватних лікарнях [3, с. 96-97].

Найбільшим джерелом фінансування система охорони здоров'я у Франції є податок на зарплату. Роботодавці виплачують за кожного працівника податок від його жалування, а ще певний відсоток додає сам працівник. Крім того, в країні діє загальний соціальний податок, в тому числі і для пенсіонерів та осіб, що одержують допомогу з безробіття.

Система обов'язкового медичного страхування у Франції функціонує на основі страхових фондів, що забезпечують покриття медичного обслуговування. Крім того, офіційно визнані незаможні лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках [2, с. 140].

У Франції пацієнт може звернутися до приватних лікарень, але в такому випадку, страхова компанія оплачує меншу вартість медичних послуг. Крім того, поширення набули приватні страхові компанії.

У Франції досить велика пайова участь пацієнтів в оплаті медичної допомоги, що дозволяє уникати надмірного користування медичними послугами та отримати більш якісні або додаткові послуги, в результаті чого система набуває дворівневий характер [8].

Звісно, кожна модель має певні недоліки, такі як зниження якості наданих послуг та неможливість контролю діяльності закладів охорони здоров'я з боку споживачів в державній моделі фінансування та недоступність медичних послуг для малозабезпечених громадян при платній моделі. Однак, завданням кожної держави є адаптація моделі до реалій економічного життя певної країни та пошук найбільш оптимальних шляхів усунення недоліків, що і зумовлює наявність відмінних від базових моделей рис у сфері фінансування охорони здоров'я в різних країнах.

Одним з головних показників, що дає змогу оцінити країни за їх можливостями розвивати і обіргати здорових, освічених і здатних працівників є індекс людського капіталу. Розрахунками даного індексу займається Всесвітній економічний форум. Результати даних розрахунків та рейтинг найуспішніші країни світу, які здатні максимізувати довгостроковий економічний потенціал їх робочої сили відображаються у щорічних звітах «Індекс людського капіталу». Серед показників на основі яких розраховується даний індекс значна роль належить показникам охорони здоров'я, адже здорова нація забезпечує не тільки соціальну стабільність суспільства, але й виступає потужним стимулом економічного розвитку держави [11].

Рейтинг найбільш розвинутих країн за рівнем показника індексу охорони здоров'я залежно від моделі фінансування якої притримуються країни наведений в таблиці 1.

На основі викладеного вище та показників охорони здоров'я в рамках індексу людського капіталу розрахованих Всесвітнім економічним форумом найбільший рівень розвитку охорони здоров'я спостерігаються в країнах, що надають перевагу саме змішаній моделі фінансування.

Так, перше місце за показниками охорони здоров'я належить Швейцарії, для якої характерна змішана модель фінансування охорони здоров'я оскільки залучаються державні джерела фінансування, а також власні кошти населення та приватних підприємств.

Таким чином, в сфері охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, слід більше уваги приділити персональному медичному страхуванню та залученню до такого виду страхування населення України. Крім того, з боку держави має бути запроваджені заходи,

Таблиця 1
**Рейтинг країн світу за показниками охорони
 здоров'я відповідно до індексу людського капіталу
 в 2013 році**

Модель фінансування	Країна	Місце	Індекс охорони здоров'я
Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка)	Швейцарія	1	0,977
	Нідерланди	4	0,901
	Австрія	7	0,886
	Німеччина	8	0,877
	Японія	10	0,836
	Бельгія	11	0,780
	Сінгапур	13	0,762
	Франція	14	0,744
Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа, у країнах колишнього СРСР називалася моделлю Семашко)	Люксембург	16	0,704
	Швеція	2	0,960
	Данія	3	0,943
	Ісландія	5	0,930
	Норвегія	6	0,890
	Фінляндія	9	0,844
	Іспанія	12	0,778
	Великобританія	17	0,682
	Австралія	18	0,663
Італія	19	0,601	
Платна (приватна) модель фінансування	Республіка Корея	27	0,481
	США	43	0,239

Складено на підставі матеріалів щорічного звіту «Індекс людського капіталу – 2013» Всесвітнього економічного форуму.

спрямовані на підвищення довіри громадян до страхових організацій та залучення приватного сектору до активної участі у забезпеченні належного рівня розвитку сфери охорони здоров'я.

Висновок та подальші дослідження. Фінансування окремих показників, сукупність яких і формує людський капітал та забезпечує відповідний рівень його розвитку, в різних країнах має різний механізм здійснення. Оскільки рівень охорони здоров'я має значний вплив на розвиток людського капіталу і, як наслідок, на розвиток економіки кожної країни, то саме держава має бути зацікавлена у якісному медичному обслуговуванні громадян. Однак, існуючі об'єктивні передумови зростання витрат не дозволяють вирішувати всі фінансові проблеми лише за державний рахунок. У зв'язку з цим розробляються різноманітні механізми фінансування, здійснюється

залучення інших джерел фінансування. Відповідно до цього, система охорони здоров'я може мати державні, приватні або змішані джерела фінансування, тобто, мати в основі державне медичне страхування, особисті кошти громадян та внески підприємств в різноманітних пропорціях, в залежності від політики, що проводить держава та економічним і соціальним становищем в країні.

Саме вдала політика фінансування охорони здоров'я надає можливість отримання максимальної віддачі та вигід від людського капіталу.

В подальших дослідженнях, на нашу думку, можливим є розробка оптимального механізму фінансування розвитку людського капіталу і охорони здоров'я як однієї з його складових в Україні.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Бондар А.В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах [Електронний ресурс] / А.В. Бондар // Lviv Polytechnic National University Institutional Repository, 2011 – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf>
2. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 139–146.
3. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння [Електронний ресурс] / О.В. Длугопольський // 2011 – Режим доступу: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/28471/07-Dlugopolskiy.pdf?sequence=1>
4. Зеленевиц В. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Зеленевиц. – Режим доступу: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-al-zarubizhny-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>
5. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії [Електронний ресурс] / Ю. Матвієнко – Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>
6. Чернецький В.Ю. Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах [Електронний ресурс] / В.Ю. Чернецький – Режим доступу: <http://www.dbuapa.dp.ua/zbirnik/2012-02%288%29/12cvyzzk.pdf>
7. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 6 [Електронний ресурс] № 25 (232): – Режим доступу: <http://gukr.com/article2699.html>
8. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 5 [Електронний ресурс] № 23 (230): – Режим доступу: <http://gukr.com/article2678.html>
9. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 8 [Електронний ресурс] № 27 (234): – Режим доступу: <http://gukr.com/article2721.html>
10. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 9 [Електронний ресурс] № 28 (235): – Режим доступу: <http://gukr.com/article2734.html>
11. Всесвітній економічний форум. Щорічний звіт «Індекс людського капіталу» за 2013 рік [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.weforum.org/reports/human-capital-report>