

Г.М. Вишневецька,
студентка IV курсу ФЕФ,
спеціальність «Фінанси і кредит»,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»,
науковий керівник: Т.І. Стецюк,
к.е.н., доцент, доцент кафедри страхування,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЕКОНОМІЧНО РОЗВИНЕНИХ КРАЇН СВІТУ

Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування. В основі побудови системи медичного страхування економічно розвинених країн світу є її власний соціально-економічний досвід, ступінь економічного розвитку, величина валового внутрішнього продукту [1, с. 195-200]. За домінуючим джерелом їх фінансування можна виділити дві світові моделі: модель Бісмарка і модель Беверіджа, які ми і розглянемо.

Першу модель (так звану бюджетну) запропонував В. Беверидж у 1942 р. у Великій Британії. Ця модель полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така модель домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії та інших країнах. До її переваг можна віднести загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливість розподілу засобів. Крім того, така система охорони здоров'я надає своїм громадянам істотні пільги стосовно придбання ліків. Для дітей і підлітків віком до 16 років, для студентів

до 18 років і тих, кому за 80, медикаменти надаються безкоштовно. Для пенсіонерів, тобто осіб 65 років і старше передбачається система знижок, що визначається розміром пенсії і рівнем їх добробуту.

Тим не менше, зазначена модель охорони здоров'я активно поєднується із приватними медичними організаціями, які надають до 15 % послуг від імені Національної служби охорони здоров'я. Крім того, у 2008 році встановлено залежність системи оплати праці медиків від вибору пацієнтів. Чим вище вони оціняють послуги охорони здоров'я, тим значнішими будуть фінансові вливання. За останні роки середні витрати на душу населення виросли з 680 до 1345 фунтів стерлінгів [4, 19].

За основу системи організації охорони здоров'я, яка заснована на принципах страхування, є модель О. Бісмарка. Відповідно до неї медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою. Страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення у Німеччині, Швейцарії та Франції.

Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним і частково за професійним або галузевим принципом. Ним охоплено близько 90 % населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12-14 % заробітної плати працівника до оподаткування. При розрахунку внесків до уваги беруться лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель – 52,8 тис. євро. Непрацюючі члени родини, як правило, є автоматично застрахованими за такою страховкою безкоштовно [2].

Страхуватися приватно мають право особи, річний дохід яких становить понад 47 250 євро. Ця межа переглядається урядом щороку. Внески в цьому

випадку залежать від обраного набору послуг, віку, стану здоров'я, сфери діяльності і т. п. застрахованої особи.

Переваги німецької моделі медичного страхування полягають у: гарантованому державою високому рівні медичного обслуговування громадян незалежно від їх фінансових можливостей; максимальному охопленні обов'язковим медичним страхуванням населення; високих витратах на фінансування галузі охорони здоров'я у країні в цілому; пропаганді профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас; значному державному фінансуванні наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів та клінік при них.

Найбільших успіхів серед країн за моделлю Бісмарка в охороні здоров'я домоглася Франція. Так, система охорони здоров'я Франції в червні 2000 р. була визнана ВООЗ «кращою системою надання медичної допомоги в світі» [3, с. 328]. Вона дозволяє всім громадянам користуватися як традиційними терапевтичними послугами, так і новітніми науковими досягненнями. У Франції медичне страхування є гілкою системи соціального забезпечення. Воно фінансується податками на заробітну плату, пропорційними прибутковими податками, а також непрямыми податками на алкогольні і тютюнові вироби.

Кожна із зазначених нами моделей має цілу низку переваг, проте вони мають і певні недоліки, які ми розглянемо у наступному дослідженні.

Список використаної літератури

1. Стецюк Т.І. Зарубіжний досвід організації страхової медицини та можливості його застосування в Україні / Т.І. Стецюк // «Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період» Зб. наук. праць II Міжн. наук. практ. конф. Хмельницького інституту бізнесу. – 2004. – С. 195-200.
2. Ювсечко О. Зарубіжний досвід розвитку медичного страхування та можливості його використання в Україні [Електронний ресурс] / О.Ювсечко. – Режим доступу: <http://naub.org.ua/?p=1210>.
3. Стеценко В. Медичне страхування у системі організації охорони здоров'я громадян: порівняльно-правовий аспект [Електронний ресурс] / В. Стеценко. – Режим доступу: <http://medicallaw.org.ua/>.