

УДК 368.9.06

Сподарева О. Г.

Донецький інститут  
Міжрегіональної Академії управління персоналомОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
У ПРОВІДНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Проаналізовано моделі фінансування охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Визначено основні джерела фінансування охорони здоров'я у Німеччині, Голландії, Великій Британії, США. Розглянуто особливості функціонування системи медичного страхування у Великій Британії, Німеччині та США з метою узгальнення та вибору найбільш досконалої для України.

**Ключові слова:** медичне страхування, фінансування охорони здоров'я, моделі, система.

**Постановка проблеми.** Медичне страхування має глибокі історичні корені, так як виступає гарантом здорової нації у майбутньому. Надання матеріальної допомоги у зв'язку з хворобою здійснювалось ще у Древній Греції та Римської імперії, але медичне страхування набуло статус форми соціальної допомоги у зв'язку з хворобою тільки у II половині XIX ст.

На даний час система медичного страхування діє у всіх країнах світу, але механізм її різниться. Проблема формування та розвитку оптимальної системи медичного страхування є актуальною як для України, так і для багатьох країн світу, незалежно від обраної моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я, оскільки це один із механізмів додаткового фінансування охорони здоров'я. Окрім цього, ця проблема зумовлена швидкими темпами розвитку медичних технологій та зростанням потреб населення у кваліфікованих, якісній і доступній медичній допомозі через стрімке збільшення частки осіб похилого віку, які є основними «споживачами» медичних послуг.

В Україні система медичного страхування знаходиться на стадії формування, тому актуальність визначеної проблеми визначається необхідністю вивчення зарубіжного досвіду та існуючих проблем з метою впровадження системи медичного страхування в Україні з урахуванням національних особливостей.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Дослідження зарубіжного досвіду функціонування системи медичного страхування є актуальним для вітчизняної економіки. Так, Бучкевич М.М. [3] та Дем'янишин В.Г. [7] приділяли увагу питанням організації та концептуальним засадам медичного страхування, Стецюк Т. [13] та Мних М.В. [8] розглядали фінансові основи побудови та складові системи медичного страхування, Татаренко Г. [14] визначив моделі соціального страхування, в тому числі і медичного в контексті історії, альтернативам моделей системи фінансування охорони здоров'я посвятив свої праці Дем'янишин В.Г. [7]. Цю проблематику досліджували у своїх працях такі вчені, як Білоскурський О., Бурковський І., Гончаренко О. [2], Вовчак О.Д. [5], Надточій Б. [9], Степанова О.В. [11], Стеценко В. [12] та інші.

Проте, малодослідженим залишається визначення умов і чинників ефективного функціонування системи медичного страхування, що обумовлює доцільність аналізу існуючих моделей фінансування охорони здоров'я з метою провідного досвіду з урахуванням вітчизняних умов господарювання.

**Мета статті.** Виходячи з актуальності теми дослідження та визначення невирішених питань метою статті є систематизація зарубіжного досвіду функціонування системи медичного страхування

в провідних країнах світу, що сприятиме формування та підвищенню ефективності розвитку вітчизняної системи.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** В провідних країнах світу система медичного страхування формувалася протягом більш ніж 100 років. На сучасному етапі розвитку доцільним є систематизація усіх існуючих систем медичного страхування в три моделі (табл.1) [3; 7; 8; 14].

Таблиця 1  
Моделі фінансування охорони здоров'я

Ознака	Державна або бюджетна (система Беверіджа)	Страхова медична або бюджетно-страхова (система Бісмарка)	Змішана або приватнопідприємницька
Мета функціонування	здійснення повноцінної профілактики та лікування, доступних кожному громадянину без винятку	використання страхових коштів для працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях, непрацездатності і в старості. Ядро моделі – інститут обов'язкового соціального страхування	Визначається різними пропорціями між коштами державного бюджету, медичного страхування та медичними послугами, що оплачуються безпосередньо пацієнтом та несе риси індивідуального захисту
Основні принципи	Основні принципи: універсальність соціального забезпечення, єдність в соціальному забезпеченні та інтеграція різних форм соціального забезпечення	обов'язкова солідарна взаємодопомога працівників і роботодавців, соціальним забезпеченням управляють безпосередньо роботодавці і працюючі, соціальне забезпечення залежить від трудової діяльності	Використовується принцип еквівалентності страхових внесків і виплат, що вносять і одержують конкретні особи
Країни-представники	Велика Британія (з 1948 р.), Данія, Ірландія, Іспанія, Канада, Італія (з 1986 р.), Шотландія	Німеччина (з 1981 р.), Бельгія, Австрія, Швейцарія, Греція, Люксембург, Голландія, Японія, Швеція, Франція, Нідерланди	США, Португалія, країни Латинської Америки
Рівень централізації фінансування	Притаманна країнам із помірним рівнем централізації ВВП у бюджеті в межах 35-45%	Застосовується у країнах з високим рівнем державної централізації ВВП, а саме 50-60%	Застосовується у країнах з незначним рівнем централізації ВВП – близько 25-30%, де переважають кошти фізичних осіб

Модель Бісмарка розпочала «еру робітничого законодавства» у Німеччині. Ця країна була однією з перших, де було запроваджено медичне стра-

хування. Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 році. Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування. В Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ним займається біля 1200 страхових кас (страхових фондів) побудованих по професійному принципу (шахтарі, фермери, моряки та ін.), по територіальному принципу та ерзац каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Всі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування [10].

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. У зв'язку з цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, приймає участь у формуванні цін на медичні

послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціаціям лікарів значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників [8].

Медичне страхування займає приблизно 12% загального обсягу страхових надходжень.

Медичне страхування у Німеччині не є обов'язковим для всіх та розповсюджується на малозабезпечених з річною заробітною платою менш за 40 тис. євро. Внески в систему ОМС – це фіксований відсоток від заробітної плати, який складає від 11,2% до 14,9%, половину цього внеску оплачує роботодавець. Важлива особливість ОМС полягає в тому, що поліси медичного страхування є сімейними. У рамках сімейного страхування (Familienversicherung) послугами і захистом державного медичного страхування користуються також члени сімей (чоловік або дружина та неповнолітні діти) осіб, що є застрахованими в системі державного медичного страхування. Такі члени сімей звільняються від самостійної сплати страхових внесків, однак за умови, що їх заробіток не перевищує певну встановлену законодавством межу[3].

Організація охорони здоров'я Німеччини представлена на рис. 1 [2].

Державна модель фінансування здоров'я (модель Беверіджа) успішно функціонує в країнах з розвинутою економікою, стабільною податковою системою, високим рівнем зайнятості та збалансованою демографічною ситуацією. Вона була розроблена у Великій Британії та спрямована на поліпшення соціального забезпечення. Беверідж намагався створити систему, яка б максимально відповідала життєвим реаліям, могла працювати відразу після її введення і не вимагала б негайних глобальних перетворень в економіці та законодавстві [14]. Таким чином, він запропонував систему соціального забезпечення на основі страхових внесків, платниками яких були б працівник – більше третини внесків у загальнонаціональному страховому фонді, роботодавці – менше третини надходжень та державний бюджет – більше чверті [9].

Ця модель успішно функціонує в країнах з розвинутою економікою, стабільною податковою системою, високим рівнем зайнятості, збалансованою демографічною ситуацією.

У Великій Британії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великим ступенем централізації управління.

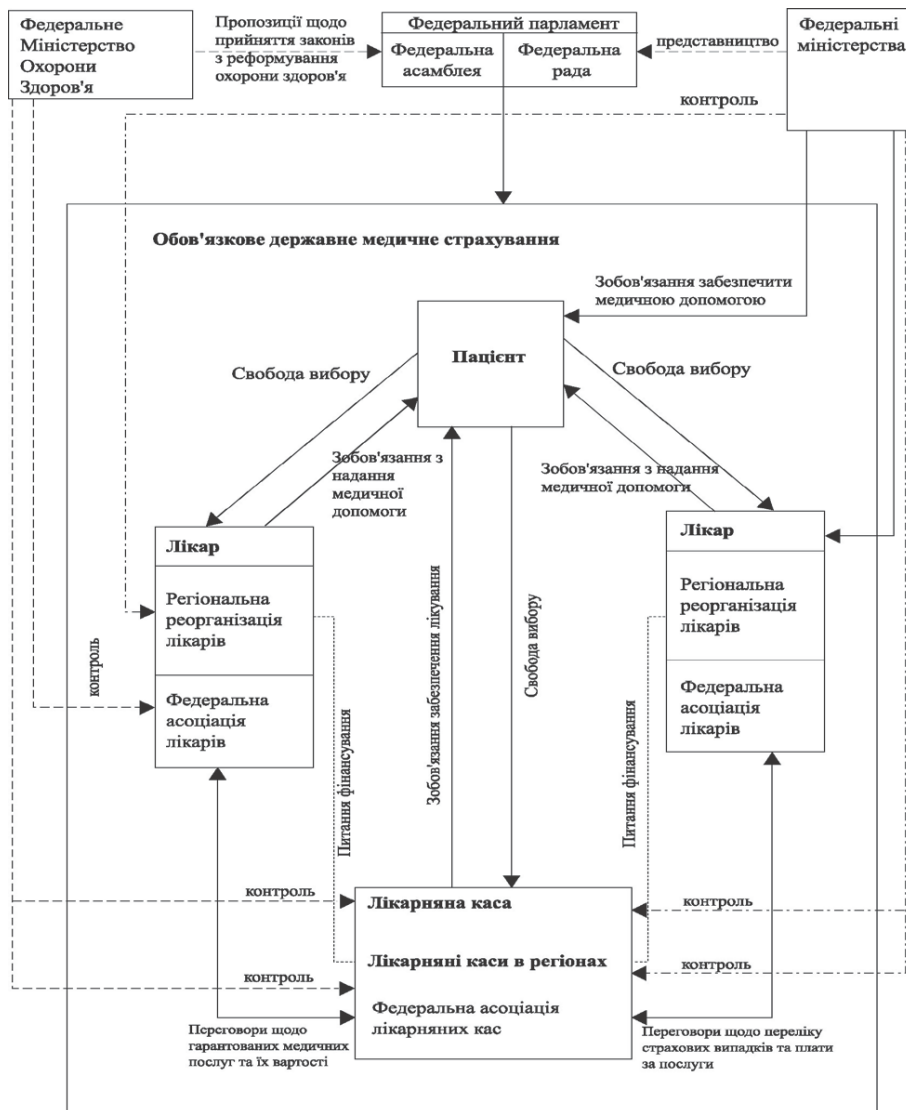


Рис. 1. Організація охорони здоров'я Німеччини [2]

Закон про страхування, що прийнятий у 1912 році, ввів принцип обов'язковості, та охопив у коло обов'язкового медичного страхування третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму за невеликим винятком [12].

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я (НСОЗ) 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 [6].

В цілому пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих жінок у шлюбі. За рахунок цих коштів надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою [8].

Приватне медичне страхування у Великій Британії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення [12].

Основоположником організації змішаної системи фінансування охорони здоров'я є відомий фінансист та політичний діяч А. Гамільтон. На початку XIX століття в США виникли перші недержавні соціальні фонди, основними принципами яких стало корпоративне управління капіталом. Основою недержавного соціального страхування є особисті внески застрахованої особи, розмір яких залежить від рівня доходу, чинників, що впливають на здоров'я конкретної людини (вік, професія, спосіб життя) і демографічних чинників (середня тривалість життя, період дожиття після виходу на пенсію тощо). На даний час в США працює понад 2000 компаній, які займаються страхуванням життя та здоров'я [14].

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розділяється страховим організаціям на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США в частині програм «Медікер» – страхування американців старше 65 років і тих, у яких серйозні порушення стану здоров'я та «Медікейт» – страхування малозабезпечених, жінок та дітей з бідних сімей. Ці системи обіймають більш ніж 20% населення, групове страхування по місцю роботи складає 58% населення та добровільного медичного страхування не по місцю роботи 2%. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування: це малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, що не забезпечуються системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично приводить до втрати медичної страховки [3; 6; 8].

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового при-

бутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і, але одночасно, більш ніж 15% населення американців не мають фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю в них страхових медичних полісів [4].

Основний принцип медичного страхування в США – це висока ефективність медичної допомоги. Страхова компанія покриває затрати, пов'язані із застосуванням правильного засобу лікування з високим коефіцієнтом позитивного результату, тобто краще понести великі затрати, але лише один раз.

США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, протягом останніх десятиліть витрати на її утримання зростають високими темпами. Так, загальні витрати на охорону здоров'я за останні тридцять років збільшилися з 8,5% ВВП у 1979 р. до 17,4% ВВП у 2009 р., а на одну особу – підвищилися більш ніж у 8 разів, що частково зумовлено зростанням витрат держави на медичну допомогу [11].

Із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 31% спрямовується на фінансування стаціонарного лікування; 21% – на послуги лікаря та інші клінічні послуги; 10% становлять фармацевтичні витрати; 6% – витрати на будинки довічного догляду; 4% – стоматологічні витрати; 3% – витрати на фінансування державних заходів у сфері охорони здоров'я (рис. 2) [1].

Модель функціонування американської системи охорони здоров'я побудована на домінуванні в її фінансуванні приватного медичного страхування. У 2009 р. частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я у США становила 51,4%, а приватного страхування від приватних витрат на ці потреби – 69,3%. Хоча в багатьох країнах практикується приватне медичне страхування, в більшості з них воно є лише додатковим джерелом фінансування обов'язкового медичного страхування або бюджетної медицини [11].



Рис. 2. Витрати на охорону здоров'я у США на 1 дол.

Слід зазначити, що усі моделі фінансування охорони здоров'я у «чистому» вигляді практично не використовуються ні в одній країні, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Тобто держава або її органи обов'язково беруть участь у фінансуванні послуг з охорони здоров'я, і, як правило, внески на соціальне медичне страхування доповнюються бюджетними асигнуваннями. Вибір моделі фінансування охорони здоров'я залежить від культурно-історичних, соціально-економічних, демографічних умов, рівня захворюваності та інших чинників, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування в тій чи іншій країні.

В Німеччині, де охорона здоров'я базується на страхових засадах, частка бюджетних коштів незначна і становить 10,1% загальної суми видатків. В США, для яких характерні принципи приватної медицини, бюджет становить 35% суми видатків. Найбільша роль бюджетних витрат в даній галузі належить Великій Британії – 85% загальної суми, оскільки в основі даної системи лежить бюджетне фінансування. Частка приватного фінансування, крім США, де його величина становить 35% загальних витрат, в основному, незначна і становить 7-10,6% бюджету галузі. Чільне місце в бюджеті охорони здоров'я займають кошти, акумульовані на страхових засадах: їх загальна сума в Німеччині становить 758%, в Голландії – 48%, тобто, що свідчить про те, що одним із суттєвих джерел фінансування медичної допомоги є залучення коштів через страхові механізми. Ступінь значущості медичного страхування, крім того, підтверджується ступенем загальноохопленості ним населення країн – так, в Німеччині в ньому беруть участь 99,8% населення, у Франції – 98%, Японії – 95%, Швейцарії – 92%, Австрії – 90% [13].

Таблиця 2

**Джерела фінансування охорони здоров'я у Німеччині, Голландії, Великій Британії, США, у % [13].**

Джерела фінансування	Країна			
	Німеччина	Голландія	Велика Британія	США
Бюджет	10,1	45,0	85,0	35,0
Соціальне страхування	68,6	35,0	0	0
Приватне страхування	6,4	13,0	5,0	30,0

Оплата послуг пацієнтом	10,6	7,0	10,0	35,0
Разом	100	100	100	100

Слід зазначити, що держави з великим національним прибутком, такі як США, Англія, Швейцарія відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення, порівняно з менш розвиненими, таким як Індія, Єгипет, Мексика. В економічно розвинених країнах у системі охорони здоров'я витрачається у середньому 74 дол. На душу населення на рік, тоді як в країнах, що розвиваються, ця сума становить 2 дол. США [5].

**Висновки і пропозиції.** Виходячи з проведеного аналізу, доцільно зробити наступні висновки:

- проблема ефективного функціонування системи медичного страхування є актуальною для більшості країн світу, незалежно від типу сформованої системи охорони здоров'я та системи її фінансування.

- досвід зарубіжних країн свідчить, що на перших етапах трансформації економіки дієвого медичного забезпечення потребують, найбільш уразливий в соціальному плані версти населення. Щодо працездатного населення, то в умовах переходу до ринку воно повинно власними зусиллями забезпечити свій добробут та соціальну захищеність.

Таким чином, в Україні при переході до ринкових відносин доцільним є використання різноманітних джерел фінансування системи охорони здоров'я, що формується за рахунок державних та приватних джерел фінансування. Але головним завданням в цій галузі залишається визначення оптимального співвідношення зазначених джерел з метою максимізації ефективності системи медичного страхування в Україні.

### Список літератури:

1. US Health care costs [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.kaiseredu.org](http://www.kaiseredu.org).
2. Білоскурський О. Десять років соціально-економічних перетворень в Україні: спроба неупередженої оцінки // О. Білоскурський, І. Бураковський, О. Гончаренко. – К. : К.І.С., 2002. – 120 с.
3. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М. М. Бучкевич // Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України». – 2011. – Вип. 21.10. – С. 178-184.
4. Виноградов О. В. Система здравоохранения США. Полезные предложения для государственного управления в Украине / О. В. Виноградов // Економіка і держава. – 2008. – № 9. – С. 43-47.
5. Вовчак О. Д. Страхування : навчальний посібник / О. Д. Вовчак. – Львів : Новий Світ, 2005. – 480 с.
6. Гориславець Л. Медичне страхування: вчимося у США та Європи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.
7. Дем'янишин В. Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В. Г. Дем'янишин, Т. Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – № 6. – С. 45-53.
8. Мних М. В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М. В. Мних // Економіка та держава. – 2006. – № 11. – С. 39-41.
9. Надточій Б. Соціальне страхування у контексті історії / Б. Надточій // Соціальний захист. – 2003. – № 3. – С. 20-24.
10. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>.
11. Степанова О. В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О. В. Степанова, І. В. Іголкін // Фінанси України. – 2012. – № 3. – С. 69-82.
12. Стеценко В. Організаційно-правові засади медичного страхування: зарубіжний досвід і пропозиції для України / В. Стеценко // Підприємництво, господарство і право. – 2009. – № 1. – С.10-13.
13. Стецюк Т. Фінансові основи побудови системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини / Т. Стецюк // Страхова справа. – 2008. – № 2(30). – С. 72-73.
14. Татаренко Г. Моделі соціального страхування в контексті історії / Г. Татаренко // Підприємництво, господарство і право. – 2004. – № 7. – С. 69-72.

**Сподарева Е. Г.**

Донецкий институт  
Межрегиональной Академии управления персоналом

### ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ВЕДУЩИХ СТРАНАХ МИРА

**Резюме**

Проанализированы модели финансирования здравоохранения в зарубежных странах. Определены основные источники финансирования здравоохранения в Германии, Голландии, Великобритании, США. Рассмотрены особенности функционирования системы медицинского страхования в Великобритании, Германии и США с целью обобщения и выбора наиболее совершенной для Украины.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, финансирование здравоохранения, модели, система.

**Spodareva O. G.**

Donetsk institute  
Inter-Regional Academy of Personnel Management

### FEATURES OF THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE LEADING COUNTRIES

**Summary**

The models of health care financing in foreign countries are analyzed. The main sources of funding for health care in Germany, Netherlands, UK, USA are identified. The features of the medical insurance system with the purpose of its generalization and improvement the Ukrainian one are determined.

**Key words:** health insurance, health care financing, model, the system.