

4. Сидор І. П. Моніторинг планування видатків місцевих бюджетів: ключові аспекти удосконалення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2018. № 21. С. 85-89.

5. Соціальна інфраструктура на шляхах реформування місцевого самоврядування: кол. моногр. / В.М. Новіков, Н.М. Дєєва, А. Г. Гвелесіані [та ін.]; за наук. ред. д.е.н., проф. В.М. Новікова; д.е.н.(хабілітованого), проф. Здіслава Сіройча. Київ-Варшава, 2018. 431 с.

6. Яковенко Р.В. Якість життя та соціальна політика в концепції людського потенціалу. URL: [http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_22\(2\)_ekon/stat_20_1](http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_22(2)_ekon/stat_20_1) (дата звернення: 10.04.2020)

Скобилко Ігор Богданович
Студент 1 курсу ОС «магістр» ННІОТ
Коропецький Максим Михайлович
Студент 1 курсу ОС «магістр» ННІОТ
Науковий керівник: к. е. н., доцент кафедри
фінансів ім. С. І. Юрія Шашкевич О.Л.
Тернопільський національний економічний університет

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ СВІТОВИХ ПРАКТИК

Світова практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людино центричної парадигми глобального економічного розвитку й соціального прогресу, передумовами чого є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, забезпеченню довголіття населення [1].

Вивчення і запозичення кращих світових практик сприятиме більш успішному реформуванню системи охорони здоров'я в Україні.

За основними показниками здоров'я такими як середня тривалість життя, дитяча смертність можна назвати три найкращі країни: Німеччина, Японія та США [2, с. 123].

Найбільш розвиненою системою охорони здоров'я серед європейських країн вважається Німеччина. Мабуть, одним із головних досягнень у Німеччині є впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яка вперше ввела і оформила медичне страхування співробітників від нещасного випадку на виробництві. Від самого початку, реформа медичного страхування була відокремленою від інститутів держави, таким чином, працівники самі сплачували за себе страхові внески. [1]. Отже, система страхування у Німеччині включає в собі: страхування від нещасного випадку; страхування у випадку виникнення захворювання; пенсійне страхування; пенсійне страхування осіб, що не працюють за наймом.

Система охорони здоров'я Німеччини є світовим лідером із надання високоякісних медичних послуг і ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного медичного страхування (ДМС) і страхування приватних фондів. Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку – 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування за спеціальними державними програмами (військовослужбовці, поліцейські).

У Німеччині не існує страхових медичних організацій, натомість діють так звані лікарняні каси (Krankenversicherung). Зазначені каси виконують функції медичних організацій, що стосується виплати застрахованим особам по хворобі чи оплата медичного обслуговування при загальних хворобах чи пологах. Нормативно-правове регулювання обов'язкового медичного страхування і діяльності лікарняних кас відбувається в межах соціального кодексу Німеччини Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) — Gesetzliche Krankenversicherung [4].

Фінансування обов'язкового медичного страхування Німеччини відбувається безпосередньо через функціонування об'єднаного резерву фінансів – Фонду здоров'я (Gesundheitsfond). Поповнення Фонду відбувається за рахунок

страхових внесків громадян та їх роботодавців, а також дотацій із державного бюджету. Розподіл фінансів між лікарняними касами, відбувається за чітко визначеними критеріями, яких у загальній сукупності нараховується 152 (вік, стать, вид та тяжкість захворювання). Додаткові витрати також передбачені для тяжкохворих, нужденних у значних витратах на лікування. Проте майже досконала система медичного страхування має фінансово-правовий недолік, який представляє собою мимовільне підвищені виплати у лікарняну касу. Таким чином, у разі недостатніх коштів у лікарняній касі, які отримані із Фонду здоров'я для покриття власних витрат, вона має право додатково збирати із застрахованих додаткові внески, що йдуть безпосередньо на рахунок каси. Рішення про підвищення страхового внеску лікарняні каси приймають самостійно (адміністративна рада каси за ініціативою правління). Додатковий внесок представляє собою частину страхового внеску, який застраховані особи повинні оплачувати в обов'язковому порядку. Особи, що не сплачують обов'язковий внесок спочатку отримують повідомлення про необхідність оплати внеску, а далі виплати утримуються виконавчими органами.

У Японії чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри й місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхня діяльність координується Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються відділи охорони здоров'я, відповідальні за управління місцевими програмами розвитку здоров'я. У префектурах і великих муніципалітетах створюються медичні центри (кожен центр обслуговує близько 100 000 жителів), що фінансуються як національними, так і місцевими органами влади. Для Японії характерна «сильна» система державного регулювання сфери фінансування охорони здоров'я й медичного страхування, причому громадськість упевнена в належному контролі цих питань з боку держави. За даними опитування, проведеного Health and Global Policy Institute, понад 60% опитаних респондентів задоволені сучасним станом системи охорони здоров'я Японії.

Уряд регулює практично всі аспекти системи загального медичного страхування. Він установлює прайс-листи медичних послуг і субсидіює органи місцевого самоврядування, страхові компанії та постачальників, установлює для них правила. Префектури Японії виконують ці правила й регулюють постачання в регіони лікарських засобів, що відпускаються національним урядом. Муніципалітети організують заходи щодо зміцнення здоров'я місцевого населення, а також забезпечують його довгострокове страхування на вигідних умовах [5].

Важлива роль у формуванні медичної політики належить Міністерству фінансів, що формує для Кабінету Міністрів Японії річний бюджет на охорону здоров'я та медичне страхування [6].

Японська система охорони здоров'я тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Основними установами, що працюють у тісному контакті з системою охорони здоров'я Японії, є Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції та продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення та Бюро жертв війни, Бюро здоров'я й добробуту літніх людей, Бюро медичного страхування та Бюро пенсійного забезпечення [7, с. 106].

Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я в ній є недешевою. Близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування.

Насправді в Японії дві основні системи, які надають медичні послуги більшості населення: Національна система страхування здоров'я (в основному охоплює дрібних власників та їхні сім'ї, інвалідів та інші соціально-незахищені верстви населення) і система страхування осіб найманої праці, що є найбільшою в Японії. У цій системі працюють різні програми, деякі з них належать державі, що сама є «страховиком» здоров'я населення. На відміну від програм системи страхування осіб найманої праці в програмах Національної системи страхування здоров'я страховиком є саме суспільство, створене адміністрацією й працівниками одного або декількох підприємств однієї галузі.

Немає обмежень щодо вибору лікаря й виду лікарняного страхування. З більшості медичних послуг передбачено пайову участь пацієнтів у межах від 10 до 30% . У Японії, як і в багатьох європейських країнах, амбулаторну допомогу надають терапевти й сімейні лікарі. Саме це значною мірою дає змогу розвантажити лікарів основних поліклінік і лікарень у районах [8].

Медична реформа США (Health Care Reform, або ObamaCare) є орієнтиром для більшості країн, однак не може бути предметом сліпого копіювання, перш за все через ментальну специфіку європейських країн та низку проблем приватної медицини в США. Метою реформи було створення універсальної системи медичного забезпечення. Ця система мала охопити всі 50 млн до того часу незастрахованих громадян США. Також вона покликана поліпшити умови медичного страхування для тих, хто вже має страховий поліс. У рамках реформи були створені спеціальні страхові біржі, завдяки яким можуть отримати поліс ті, хто не застрахований роботодавцем. Установлено максимальну межу відсоткових ставок страхових внесків для цього випадку: 3–9,5% від доходів клієнта. Приватні страхові компанії були позбавлені права відмовляти в придбанні страховки вже хворим людям. Громадяни США можуть купувати страховку в спеціально створених для цього центрах, без участі й допомоги роботодавців. Уведена адміністративна відповідальність відносно осіб, які відмовляються купувати страховку, і компаній, що відмовляються продавати страховий поліс. Досвід реформування системи охорони здоров'я США довів, що основною проблемою програми «Obama Care» стало недостатнє планування і розміщення ресурсів, що призвело до нівелювання першочергових досягнень та втрати доступу населення до важливого соціального проекту [9].

У більшості ж країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. Постійне зростання потреб на підтримку галузі пов'язане зі збільшенням загроз здоров'ю громадян у сучасних умовах, серед яких особливе місце посідають глобалізаційні процеси, пов'язані з міграцією населення та поширенням Covid-19, інфекційних захворювань тощо. Більше того, сам темп життя та розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних

зрушень в економіці, породжують цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення.

Відзначимо, що ідеальних систем охорони здоров'я у світі не існує. Водночас, механічне використання Україною моделі функціонування страхового ринку інших держав може не дати бажаного результату.

При цьому зауважимо, що Україна, здійснюючи ринкові трансформації в медичній галузі, розглядає можливість введення загальнообов'язкового медичного страхування, та, скоріше за все, буде прагнути сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я, яка отримала позитивну оцінку на обговореннях у колах фахівців. Паралельне існування громадської та приватної медицини сприятиме виникненню конкуренції, у хворих з'явиться можливість вільного вибору лікаря й закладу, що є правом громадян у демократичному світі, а держава контролюватиме підготовку кадрів і ціноутворення медичної допомоги. Так, державна охорона здоров'я утримуватиметься за рахунок держави і надаватиме громадянам України гарантований обсяг медичної допомоги. Усі, кого не задовольнить ця підсистема, зможуть або реалізувати себе (медичні працівники), або отримати медичну допомогу (пацієнти) у громадських і приватних медичних закладах. За таких умов пацієнт поступово ставатиме рівноправним партнером лікаря та держави у збереженні свого здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. Причорноморські економічні студії. 2017. Вип. 14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7.

2. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки»*. 2016. № 4. С. 120–131.

3. Rukovodstvo po razrabotke strategiy obespe cheniya kachestva i bezopasnosti s pozitsii sistem zdavoohraneniya (2008), Evropeyskoe regionalnoe byuro Vsemirnoy organizatsii zdavoohraneniya. 86.

4. Versicherungsrecht. Textausgabe der Rechts normen und Vertragsbedingungenfur die Sach , Haftpflicht und Personenversicherungen in der Deutschen Demokratischen Republikmit Anmerkungen und Sachregister. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1970. S. 13. [in Germany].

5. евченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-yaponiyi-derzhava-usomu-golova/>.

6. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. Часопис Київського університету права. 2018/9. № 2. С. 168–173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf.

7. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ : НАДУ, 2013. 310 с.

8. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. Медицина світу. 2013. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.

9. Захаров П. В. Реформа медицинского страхования в США: проблемы и перспективы. URL :https://riss.ru/images/pdf/journal/2014/5/14_.pdf

Шафран Володимир Богданович

Головний спеціаліст відділу освіти Байковецької сільської ради

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ ОСВІТИ

Відповідно до міжнародних критеріїв освіта є рентабельною галуззю, проте це не означає, що вона повинна повністю заробляти на свій розвиток і вносити частку в бюджет держави. Такий внесок робиться опосередковано, через освітній продукт – навчання і підготовку фахівців. За оцінкою експертів, 56%