

18. Rogoff, K. Equilibrium Political Budget Cycles / K. Rogoff // American Economic Review. – 1990. – Vol. 80. – P. 21-36.

19. Rogoff, K. Elections and Macroeconomic Policy Cycles / K. Rogoff, A. Sibert // Review of Economic Studies.. – 1988. – Vol. 55. – P. 1-16.

Грабинская И.В., Миронович Ю.А. Деловые политические циклы в современной рыночной экономике

Проанализирована эволюция взглядов в современной экономической теории на взаимосвязь между политическими и экономическими циклами, и влияние политико-институционных факторов – избирательного законодательства, партийной структуры общества, политической стабильности и степени поляризации общества – на колебание деловой активности. Выяснено, как эти политико-институционные факторы влияют на экономический рост в Украине.

Ключевые слова: деловой цикл, деловой политический цикл, рациональный партийный деловой цикл, рациональный оппортунистический деловой цикл, экономические расходы делового политического цикла.

Hrabynska I.V., Myronovych Yu.A. Political business cycles in modern market economy: evolution of views

The relationship between political and business cycles is one of the widely studied topics in modern economics. In this article presents overview of the modern theoretical literature and examines how electoral laws, the ideological orientation of governments, and nature of competition between political parties influence unemployment, economic growth, inflation in Ukraine.

Keywords: business cycles, political business cycle, rational partisan model, rational opportunistic model, political business cost.

УДК 368.025.4:61

Доц. І.П. Андрушків, канд. екон. наук – Львівська КА

ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ОКРЕМИХ КРАЇНАХ

Охарактеризовано загальні підходи до медичного страхування, зарубіжний досвід у цій галузі та вплив держави на розвиток медичного страхування.

Ключові слова: страхування, медичне страхування, особисте страхування, страховий захист, медичні послуги.

Постановка проблеми. Страхування – одна з найдавніших категорій суспільних відносин та об'єктивно необхідний атрибут ринкової економіки. Світовий досвід переконує, що одним із найважливіших індикаторів стану економіки будь-якої країни ринкової орієнтації є розвиток страхування. Страхування забезпечує надійний захист майнових інтересів підприємців і населення в разі втрат, заподіяних вогнем, стихійним лихом, техногенними аваріями, транспортними пригодами та багатьма іншими непередбачуваними обставинами. Однією з галузей страхування є особисте страхування [2], яке проводиться з метою організації страхового захисту окремих громадян та їхніх родин на випадок виникнення різних подій, що відображаються в житті, на здоров'ї та працездатності цих громадян. Важливою підгалуззю особистого страхування є медичне страхування. Об'єктом медичного страхування виступає життя та здоров'я громадян.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження зарубіжного досвіду інвестування регіональної економіки викладено у працях таких учених, як В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич, О.Д. Вовчак, О.Д. Заруба, В.В. Мачурський, С.С. Осадець, О.О. Слюсаренко та ін.

Мета дослідження. Метою цієї роботи є аналіз зарубіжного досвіду в медичному страхуванні, а завданням – охарактеризувати загальні підходи в міжнародному медичному страхуванні.

Виклад основного матеріалу. Важливо зазначити, що на сьогодні в світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька).

Дослідники зазначають, що успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийняттого рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильністю вибраної моделі фінансування, адекватною соціально-економічним і політичним умовам [4]. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. Базуючись на цьому, виокремлюють такі базові моделі фінансування охорони здоров'я:

1) Державна, заснована на бевериджівській концепції, що фінансується переважно (до 90 %) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі здійснювані послуги розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За першою формою фінансуються, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії.

2) Бюджетно-страхова (бісмарковська концепція), що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, трудящих громадян і субсидій держави (системи соціального страхування).

Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків у фонд охорони здоров'я. Найпростішим є внесок, який роблять наймач і працівник. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд (або фонди), зазвичай, незалежний від держави, але діє в межах законодавства. У разі соціального страхування гарантується право на точно обумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78 %), Італії (87 %), Франції (71 %), Швеції (91 %), Японії (73 %) та ін.

3) Приватнопідприємницька, що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується. Виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься до страхування.

Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Ця система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди [3].

Відзначимо, що рівень витрат на охорону здоров'я істотно залежить від можливостей країни, і частка фінансування охорони здоров'я варіює від 5,3 % валового національного продукту в Греції до 8 % здебільшого в Німеччині, Франції, Швеції і Нідерландах. Найбільших успіхів у розвитку систем охорони здоров'я досягли такі країни, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Австрія, Японія, Бельгія, Канада, Італія, Швеція, Фінляндія і інші. Як зазначалось раніше, фінансування охорони здоров'я в цих країнах здійснюється з використанням цільових внесків підприємців і особистих внесків громадян. Питома вага коштів під-

приємців і працюючих громадян у різних країнах становить в середньому від 4 до 20 % від загального обсягу коштів, що витрачаються на охорону здоров'я.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування є Німеччина. Систему медичного страхування створено в Німеччині ще в 1881 р. Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальності за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди створили працівники та роботодавці, а також здійснює нагляд над функціонуванням усієї системи медичного страхування. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування, а головна функція уряду щодо медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. З огляду на це, держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, бере 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 осіб та інтереси медичних працівників.

У Франції медичне страхування було введено в 1910 р. спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 р., ці фонди були перетворені в страхові компанії. На сьогодні у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування, яка перебуває під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й охоплює 78 % населення, має місцеві відділення, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але загалом підлягають адміністративному контролю з центру.

У Нідерландах медичне страхування зародилось у 1901 р., і тоді становило декілька сот товариств взаємодопомоги та страхових компаній. У 1940 р. почалось введення керованого медичного страхування, яке потребувало введення стандартизації в створенні системи медичного страхування, через що багато компаній об'єднались в більші страхові фонди. Діяльність територіальних страхових організацій сьогодні регулює Центральна Рада страхових фондів, яка складається із представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій, органів управління. Цей орган не є урядовим, але йому делеговано низку важливих повноважень, зокрема стежити за тим, щоб страхові компанії не відмовляли населенню в наданні страхових медичних послуг, контролювали витрати ресурсів, надавали інформацію, необхідну для визначення нормативу централізованого фінансування страхових організацій, розрахунку страхових внесків та тарифів.

Систему Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії, засновану переважно на державному фінансуванні і спрямовану на здійснення повноцінної медичної допомоги, доступної кожному громадянину без винятку, було введено в 1948 р.

Реформа НСОЗ Великобританії почалася в 1991 р. і торкнулася широкого спектру питань управління і фінансування системи, однак базові принципи побудови системи (загальнодоступність і безоплатність надання медичної допомоги для всього населення), а також головні форми організації НСОЗ не були знехту-

вані. У системі незмінними збереглися основні її принципи: фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень, система охорони здоров'я з централізованим фінансуванням [5].

У Великобританії актуальною є проблема залучення в охорону здоров'я коштів із позабюджетних джерел. Одним з цих джерел можуть бути кошти підприємств, фірм, компаній, працівникам яких установи охорони здоров'я можуть надавати додаткову медичну допомогу на договірній основі. Процес децентралізації управління є основою реформи, що зараз проводиться. Ідея реформи – вдосконалити й активізувати діяльність структурних підрозділів галузі шляхом введення в їхню роботу комерційного елемента. Всі регіональні органи охорони здоров'я Великобританії мають значну самостійність у вирішенні своїх проблем.

На думку фахівців [3], одна з найефективніших у світі – система охорони здоров'я в Канаді. Канадську систему охорони здоров'я часто називають безкоштовною. На потреби охорони здоров'я в Канаді сьогодні витрачається 1/3 місцевих бюджетів провінцій. Пацієнти теж сплачують вартість окремих медичних послуг. Але у тих випадках, коли останні включені в плани охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт не бере участі в їхній оплаті – всю вартість застрахованих послуг відшкодовують уряди провінцій. Згідно з канадським Законом про охорону здоров'я, гарантії безкоштовного медичного страхування обслуговування розповсюджуються тільки на застраховані види послуг. Тобто медичне обслуговування канадців фінансується через загальне оподаткування, страхові внески й оплату готівкою. У середньому щорічний внесок кожного канадця у систему охорони здоров'я становить майже 2 500 дол. У 1994 р. загальні витрати на охорону здоров'я (державні і приватні) з розрахунку на душу населення становили 2 478 дол. З цієї суми приблизно 700 дол. оплачено приватними особами. Джерело майже третини витрат на охорону здоров'я – приватний сектор, внесок якого перевищує 22 млрд дол.

Поряд зі старою системою в країні починає діяти система ощадних рахунків медичного страхування, яка веде, як показує і досвід американських фірм, до економії витрат на медичне обслуговування. Там, де вона використовується, знижуються витрати як у роботодавця, так і у працівника, нагромаджуються заощадження.

В Австралії основу системи медичного страхування становить програма "Медікер", згідно з якою всьому населенню сплачується 85 % від вартості різних медичних послуг, окрім стоматологічної, оптикометричної та швидкої допомоги. Фінансування виконується за рахунок страхових внесків обсягом 1 % від заробітної плати. Малозабезпеченим медичну допомогу надають безкоштовно в державних медичних закладах. Добровільне медичне страхування малорозвинене та надає додаткові послуги.

Система медичного страхування у Японії складна та багатобічна. У 1984 р. Відбулось злиття кількох програм і сьогодні функціонує дві програми: державна та суспільна. Страхуванню підлягають всі працівники на підприємствах із числом працюючих п'ять та більше осіб, а також члени їхніх сімей. Сума страхового внеску нараховується зі стандартного заробітку, що визначається щомісячно. Страхові компанії також проводять добровільне медичне страхування. Як свідчить аналіз практики, у країнах з відносно невеликими при-

бутками на потреби охорони здоров'я витрачається не більше за 2,5 % валових національних продуктів (ВНП), у багатьох розвинених держав – всього лише 1-2 % ВНП, тоді як, наприклад, Німеччина витрачає на це 9,5 % ВНП. У статистиці США часто згадується показник 5,2 %, яким характеризується частка асигнувань на медичне обслуговування в структурі ВНП США. Порівняно з іншими розвиненими країнами, ця цифра досить велика [2].

Варто відзначити, що держави з великим національним прибутком (США, Англія, Швейцарія) відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення, порівняно з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика). Дані аналізу свідчать про те, що в економічно розвинених країнах у системі охорони здоров'я витрачається у середньому 74 дол. США на душу населення на рік, тоді як в країнах, що розвиваються, ця сума становить 2 дол. США [2].

Висновки. У підсумку зазначимо, що страхову справу в більшості країн розглядають як окрему галузь економічної діяльності, до якої входять різноманітні за формами власності організації-страховики. Співвідношення між державними й приватними формами страховиків залежить від суспільного устрою та економічної політики держави.

Медичні послуги надаються в обов'язковій і добровільній формі, вибір якої залежить від таких чинників: 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.

Література

1. **Базилевич В.Д.** Страхова справа / В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич. – 3-тє вид. – К. : Тов. "Знання", КОО, 1998. – 374 с.
2. **Вовчак О.Д.** Страхування : навч. посібн. / О.Д. Вовчак. – Львів : Вид-во "Новий Світ", 2005. – 480 с.
3. **Заруба О.Д.** Страхова справа : підручник / О.Д. Заруба. – К. : Тов. "Знання", 1998. – 321 с.
4. **Мачурський В.В.** Правові основи страхування : навч. посібн. / В.В. Мачурський. – К. : Вид-во КНЕУ, 2003. – 302 с.
5. **Слюсаренко О.О.** Концептуальні засади державної політики розвитку особистого страхування / О.О. Слюсаренко // Страхова справа. – 2002. – № 2. – С. 12-13.

Андрушків І.П. Общие подходы к международному медицинскому страхованию в отдельных странах

Охарактеризованы общие подходы к медицинскому страхованию, зарубежный опыт в этой отрасли и влияние государства на развитие медицинского страхования.

Ключевые слова: страхование, медицинское страхование, личное страхование, страховая защита, медицинские услуги.

Andrushkiv I.P. The general going is near international medical insurance in separate countries

The general going is characterized near medical insurance, foreign experience in this industry and influence of the state on development of medical insurance.

Keyword: insurance, medical insurance, personal insurance, insurance defence, medical services.