

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

О. Р. Марлян, ст. гр. МЕ-15

В. В. Сибірцев, доц., к. е. н.

Кіровоградський національний технічний університет

Соціальна сфера, безумовно, є досить вагомою часткою у розвитку кожної держави. Вона включає в себе такі складові: освіта, медицина, культура, будівництво, розвиток малого бізнесу та ін.

Якщо розглядати зарубіжний досвід вирішення проблеми фінансування соціальних потреб, то, у Німеччині фінансування системи соціального захисту здійснюється з внесків застрахованих осіб найманої праці та роботодавців, за рахунок державного бюджету, а також за рахунок комбінації обох різновидів фінансування. Гарантом виконання соціальних зобов'язань виступає держава, перерозподіляючи частину коштів на покриття видатків у вигляді державних дотацій.

Основним джерелом фінансування системи соціального захисту у Франції слугують страхові внески працівників і роботодавців. Виняток становить страхування від безробіття й сімейні виплати, частка державних дотацій в яких істотно вища, ніж в інших галузях соціального забезпечення, а також страхування від нещасних випадків, яке фінансується виключно за рахунок коштів роботодавця.

Структура фінансування системи соціального захисту Великобританії визначається поділом цієї системи на дві частини: національну охорону здоров'я та національне соціальне страхування. Перша фінансується на 90 % з державного бюджету, а друга – за рахунок страхових внесків найманих працівників і підприємців. Окрім охорони здоров'я податкове фінансування характерне для забезпечення від нещасних випадків на виробництві, а також сімейних виплат.

Швеція та США для вирішення проблеми фінансування соціальних потреб використовують принцип соціальної солідарності, який полягає в тому, що всі громадяни в рівності і незалежно від соціального статусу беруть участь у фінансуванні системи соціального захисту, вносячи пропорційний своїм прибуткам внесок. Значний «тиск» подібної системи (рівень оподаткування в Швеції є одним із найвищих у світі) забезпечується високим ступенем соціальної захищеності населення.

Постійною проблемою фінансування соціальних потреб в Італії є високий рівень державної заборгованості, яка обмежує фінансову свободу держави в соціальній сфері. До проблем можна віднести й недостатню відповідальність як соціальних органів, так і отримувачів соціальних послуг і виплат щодо основних принципів системи соціального страхування.

У країнах Західної Європи та США існують практика реалізації програми соціального житла. Так, у Німеччині малозабезпеченим громадянам надають грошову допомогу для самостійної оренди житла в приватному секторі. В США запроваджено систему субсидіювання, згідно якої спочатку державну цільову допомогу отримував орендодавець, а згодом її отримувачем став орендар. Сектор соціального житла в Голландії, Швеції, Великобританії, Данії, Франції і Фінляндії становить 15–35 % від загального житлового фонду. В європейських державах на соціальні житлові програми виділяються значні кошти: від 0,1 – 0,3 % ВВП, в Італії і Греції до 1,2–1,4 % ВВП, у Франції – 1,9 % ВВП. В Канаді вартість одного квадратного метра соціального житла не перевищує 650 дол. США. Як правило, в розвинутих країнах споживачами соціального житла є дійсно найбідніші прошарки населення, оскільки порівняно низька якість житла та несприятливе оточення районів із соціальною забудовою унеможлиблює вселення туди заможних людей [3].

Наступна складова соціального захисту населення у розвинених країнах – охорона здоров'я.

Шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх верств населення, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне – наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на 80 % поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 % становлять оплата пацієнтів та продаж послуг [1].

У Франції домінує система обов'язкового медичного страхування. Населення даної країни, саме може вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків.

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут 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, 10 % відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм.

Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбідніших людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»).

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер та централізацію управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90 % бюджету охорони здоров'я.

У державі Ізраїль не має державної системи медичного обслуговування, 94 % населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в рамках медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (83 % випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (17 % випадків).

У Алжирі існують спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

Список літератури

1. Зеленеви́ч В. О. Зарубі́жний досвід фінансува́ння охоро́ни здо́ров'я / В. О. Зеленеви́ч, А. І. Кузьми́н. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>
2. Офіційний сайт Міністерства регіонального розвитку та будівництва України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://minregion.gov.ua/>
3. Суркова Ю. О. Проблеми впровадження елементів зарубіжного досвіду фінансування житлового будівництва в Україні / Ю. О. Суркова. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://gisap.eu/ru/node/234>