

УДК 336:368.9.06

DOI 10.33244/2617-5932.3.2019.171-179

С. В. Онишко,*д.е.н., професор,**e-mail: onyshko_sv@ukr.net,***ORCID ID 0000-0001-5811-2724;****Ю. В. Шевчук,***Університет ДФС України,**e-mail: uliyash@ukr.net,***ORCID ID 0000-0001-7503-8028**

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті розглянуті моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я, що використовуються у світовій практиці, а саме: моделі «Семашка», «Бевериджа», «Бісмарка», приватна модель. На їхній основі визначені централізовані та децентралізовані моделі фінансування медичного страхування. З'ясовано переваги та недоліки моделей фінансування медичного страхування. Встановлено, що спільною рисою усіх моделей є багатоканальність, саме можливість залучення альтернативних джерел та механізмів фінансування сфери охорони здоров'я. Надані пропозиції щодо розбудови моделі фінансового забезпечення медичного страхування в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, фінансове забезпечення, медичне страхування, моделі медичного страхування, державне медичне страхування, бюджетно-страхове медичне страхування, приватне медичне страхування, моделі медичного страхування.

С. В. Онишко, Ю. В. Шевчук. Особенности функционирования моделей финансирования медицинского страхования

В статье рассмотрены модели финансового обеспечения здравоохранения, используемых в мировой практике, а именно: модели «Семашко», «Бевериджа», «Бисмарка», частная модель. На их основе определены централизованные и децентрализованные модели финансирования медицинского страхования. Выявлено преимущества и недостатки моделей финансирования медицинского страхования. Установлено, что общей чертой всех моделей является многоканальность, именно возможность привлечения альтернативных источников и механизмов финансирования здравоохранения. Представлены предложения по развитию модели финансового обеспечения медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: здравоохранение, финансовое обеспечение, медицинское страхование, модели медицинского страхования, государственное медицинское страхование, бюджетно-страховое медицинское страхование, частное медицинское страхование, модели медицинского страхования.

Мета статті. Метою статті є виявлення переваг і недоліків функціонування світових моделей фінансування охорони здоров'я та особливостей розбудови на цій основі моделей фінансування медичного страхування.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Система охорони здоров'я постає одним із найважливіших показників добробуту населення та чинників зростання й ефективності суспільного виробництва. Право людини на охорону здоров'я чітко закріплено в Конституції України, зокрема в ст. 49 зазначено: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [1]. Однак у дійсності це конституційне право внаслідок об'єктивних і суб'єктивних обставин щодо отримання безкоштовних медичних послуг в Україні певною мірою не виконується, що формує масштабні проблеми у сфері охорони здоров'я.

Серед найбільш гострих на сьогодні проблем є недосконалість системи фінансування медичного страхування в Україні. Для її вирішення актуалізується питання визначення найбільш прийнятної моделі фінансового забезпечення медичного страхування в Україні на основі порівняння переваг та недоліків існуючих моделей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання ефективного функціонування медичного страхування, моделей його фінансового забезпечення перебувають у полі зору багатьох науковців, серед яких: М. Букевич, О. Губар, Є. Дяченко, І. Кичко, П. Лівак, Б. Сташків, Дж. Кутзін, І. Плакіна, В. Плиса, Т. Стецюк, І. Чкан, И. Шеймана, С. Шишкіна. Ними зроблено вагомий внесок в організацію та управління системою охорони здоров'я і медичного страхування зокрема.

Однак, незважаючи на досягнення цих учених та отримані ними результати, в науковій літературі бракує досліджень, які б комплексно охоплювали проблематику розвитку і фінансування медичного страхування. Залишаються й прогалини у процесі розкриття питань щодо використання у світовій практиці моделей фінансування охорони здоров'я, таких як: «Семашка», «Беверіджа», «Бісмарка» та приватна модель, певні особливості яких здатні слугувати для України хорошими прикладами.

Виклад основного матеріалу дослідження. Попереднє уявлення про вітчизняну модель фінансування медичного страхування можна сформулювати на основі співвідношення з організацією системи охорони здоров'я у світовій практиці, зокрема шляхом узагальнення переваг і недоліків використовуваних там моделей фінансування охорони здоров'я. Як відомо, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виділяє декілька підходів до організації систем охорони здоров'я, для яких характерні певні форми фінансування [2, с. 178–184]. Одна з них – державна (беверіджевська), що діє у таких країнах, як Великобританія, Данія, Канада, Ірландія, базується на державній службі охорони здоров'я та, відповідно, на бюджетній системі фінансування. Друга (бісмарковська) – це розгалужена система соціального медичного страхування, що вважається змішаною. Вона розповсюджена в Німеччині, Італії, Люксембурзі, Франції, Швеції й передбачає використання різноманітних форм фінансування. Виділяється також третя – приватнопідприємницька, яка діє в Ізраїлі, Нідерландах, Південній Кореї, США, в основі якої полягає реалізація платних медичних послуг та внески коштів добровільного медичного страхування.

В Україні, незважаючи на здійснені процеси розбудови, появу приватного сектору медичних послуг, організацію системи охорони здоров'я фактично, як і раніше, переважає її централізовано-державний характер. Тому зупинимося більш детально на характеристиці моделей «Семашка», «Бевериджа», «Бісмарка» та приватній моделі для чіткішого розуміння процесів становлення ринкових механізмів у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Державна модель фінансування сфери охорони здоров'я може будуватися на фіскальних (податкових) або страхових засадах. Суто державна система фінансування медицини, яку також називають «моделлю Семашко», діяла у соціалістичних країнах. Її сутність полягла у тому, що держава виділяла на сферу охорони здоров'я частину надходжень від загальних податків та зборів, після чого центральні органи сфери охорони здоров'я (міністерства) розподіляли ці кошти на місцевому рівні, а місцеві органи – перерозподіляли між установами сфери охорони здоров'я, які й витрачали їх на лікування хворих. Таким чином, мала місце пряма «закупівля» державою усього існуючого обсягу послуг сфери охорони здоров'я з подальшим їхнім безкоштовним розподілом. Відтак держава у прихованій формі виступала як єдиний «страховик» для усього населення.

Ресурсну основу бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я («модель Бевериджа») становлять одночасно податкові надходження та страхові внески, які сплачуються у вигляді відрахувань від ФОП. Вони спочатку централізуються, а потім перерозподіляються між територіями й окремими установами сфери охорони здоров'я з урахуванням встановлених законодавством соціальних та економічних нормативів. У такому випадку держава зберігає за собою монополні права єдиного «страховика» у сфері охорони здоров'я.

Фінансування обов'язкового (соціального) медичного страхування (модель «Бісмарка») передбачає перерозподіл доходу від платоспроможних груп населення до неплатоспроможних. Перелік медичних послуг, надання яких фінансується державою, є фіксованим.

Добровільне (приватне) медичне страхування будується на індивідуальній (самострахування) або колективній (страхування за рахунок роботодавця в межах колективних трудових угод) відповідальності, при цьому суми страхових внесків, перелік і обсяг медичної допомоги визначаються на договірних засадах. Важливою особливістю обов'язкового та добровільного медичного страхування є їхнє призначення з точки зору інтересів страховика. Якщо обов'язкове медичне страхування в абсолютній більшості випадків розраховане на досягнення соціального ефекту, тобто є неприбутковим, то добровільне медичне страхування (його також називають «комерційним медичним страхуванням»), навпаки, має на меті отримання саме економічного ефекту у вигляді прибутку, тоді як соціальний – компенсація витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг, є для страхової компанії певною мірою вторинним.

У приватній (ринковій, ліберальній) моделі фінансування страхової медицини надання страхових послуг здійснюється на ринкових засадах, коли ціни на медичні послуги визначаються попитом і пропозицією, а їхні споживачі та постачальники взаємодіють безпосередньо, в той час, як держава здійснює загальний нагляд та регулювання ринків медичних послуг.

В умовах реальної економіки національні моделі медичного страхування можуть поєднувати у собі риси різних моделей. Так, можна зазначити, що в Україні одночасно

функціонують система бюджетного фінансування установ сфери охорони здоров'я (модель «Семашка»); бюджетно-страхове фінансування (обов'язкові види соціального страхування – бюджетно- страхова модель); добровільне медичне страхування (комерційне та соціальне – у формі лікарняних кас).

Незважаючи на відмінності вищезазначених моделей фінансування охорони здоров'я, у контексті фінансового забезпечення медичного страхування їх можна згрупувати у такі дві групи: перша – централізовані, до якої входять державне та бюджетно-страхове медичне страхування; друга – децентралізовані, що включає локальне (територіальне (регіональне, місцеве) та локальне (касове) медичне страхування, а також приватне (комерційне) медичне страхування (табл. 1) [3, с. 330–332].

Таблиця 1

Характеристики моделей фінансування медичного страхування

Ознаки	Централізовані		Децентралізовані	
	Державне медичне страхування	Бюджетно-страхове медичне страхування	Локальне (регіональне, місцеве) медичне страхування	Приватне (комерційне) медичне страхування
Фінансування	Внески роботодавців та найманих працівників (відрахування від ФОП)	Бюджетні кошти, внески застрахованих осіб	Страхові премії (за фіксованими ставками)	Страхові премії (диференційовані за рівнем ризиків)
Учасники	Роботодавці, наймані працівники, фонди соціального страхування	Держава, роботодавці, наймані працівники, фонди соціального страхування, страхові компанії	Територіальні (регіональні, місцеві) страхові фонди, організації (лікарняні каси), наймані працівники	Приватні страхові компанії та фонди, наймані працівники, роботодавці
Правова форма	Обов'язкове	Обов'язкове	Добровільне	Добровільне
Рівень охоплення	Наймані працівники та члени їхніх сімей	Усі громадяни	Застраховані особи та члени їхніх сімей	Застраховані особи

Джерело: складено на основі [4, с. 1–17].

У моделях централізованого типу мобілізацію, розподіл та перерозподіл страхових внесків бере на себе центральна страхова установа (фонд, служба, організація), а перерозподіл та використання фінансових ресурсів здійснюється через територіальну мережу філій (представництв, відділень) із різним ступенем автономії.

Переваги цих моделей полягають у простоті управління та контролю, порівняно низьких адміністративних витратах, а недоліки – в обмежених можливостях залучення місцевих ресурсів, низьких оперативності та гнучкості щодо задоволення потреб населення у медичних послугах (табл. 2).

Таблиця 2

Переваги та недоліки моделей фінансування медичного страхування

Модель	Переваги	Недоліки
Державне медичне страхування	<ul style="list-style-type: none"> – максимальне покриття медичним страхуванням населення; – висока адміністративна ефективність; – жорсткий контроль витрат; – високий ступінь соціальної справедливості 	<ul style="list-style-type: none"> – значні фіскальні ризики в умовах економічної нестабільності; – залежність від інших бюджетних витрат (пріоритети); – відносно низька ефективність витрат на медичні послуги; – відсутність стимулів щодо економії коштів
Бюджетно-страхове медичне страхування	<ul style="list-style-type: none"> – стабільна фінансова база; – широке охоплення населення; – надання доступу до відносно недорогих медичних послуг 	<ul style="list-style-type: none"> – потребує постійної бюджетної підтримки; – високі ставки відрахувань від ФОП впливають на конкурентоспроможність робочої сили, призводять до зростання безробіття; – складна система управління та координації; – відносно слабкий контроль витрачання коштів
Локальне (регіональне, місцеве) медичне страхування	<ul style="list-style-type: none"> – максимальне охоплення громадян на місцевому рівні; – врахування особливих інтересів та потреб окремих груп населення; – спрощений доступ до додаткових (місцевих) фінансових ресурсів; – вища прозорість та підзвітність щодо витрачання коштів 	<ul style="list-style-type: none"> – потребує постійної зовнішньої підтримки (дотування, субсидювання, кредитування); – значна залежність від стану місцевої економіки; – покриття поширюється лише на порівняно невеликі групи населення; – якість управління нижча, а потреби координації – вищі, ніж у централізованих системах фінансування
Приватне (комерційне) медичне страхування	<ul style="list-style-type: none"> – максимально проста (пряма) система оплати медичних послуг; – вищий ступінь захисту від ризиків, ширший доступ і краща якість медичного обслуговування (для громадян, здатних сплачувати за вищими страховими тарифами); – сильні фінансові стимули щодо економії коштів 	<ul style="list-style-type: none"> – відносно вищі адміністративні витрати; – значно вищі, ніж у обов'язкове медичне страхування, страхові премії; – не знижує суспільні витрати у системі охорони здоров'я; – з соціальної точки зору є несправедливою; – потребує додаткового (зовнішнього) нагляду та контролю

Джерело: складено на основі [4, с. 1–17].

Децентралізована модель фінансування медичного страхування дозволяє максимально повно реалізувати принцип субсидіарності (наближеності до кінцевого споживача), надає більші можливості для залучення додаткових коштів. Фінансування є більш гнучким та автономним насамперед щодо встановлення страхових ставок внесків та цін на медичну допомогу.

Однак обмеженість щодо загального обсягу фінансових ресурсів, потреба у дотриманні гарантованих державою соціальних стандартів знижує ефективність цієї

моделі фінансування медичного страхування. Тому навіть у країнах із розвиненими децентралізованими системами рано чи пізно локальні установи та організації медичного страхування включаються до загальнонаціональної системи медичного страхування, зберігаючи за собою права, пов'язані з обслуговуванням специфічних потреб певних груп населення, як, наприклад, лікарняні каси, що забезпечують надання населенню додаткових медичних послуг.

Важливим є те, що кожна з розглянутих вище моделей фінансування медичного страхування передбачає збереження як значних повноважень держави у сфері встановлення і дотримання гарантій соціального захисту, так і фінансового (фіскального, страхового, тарифного) регулювання, і водночас ринкової саморегуляції та фінансової автономії інших учасників (застрахованих осіб та страхових компаній).

З точки зору аналізу, вищезазначені моделі фінансування медичного страхування цікаві лише як приклади організації фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я за найпростішими одно- та двоканальною схемами. Однак у «чистому» вигляді практична реалізація цих моделей є досить складним завданням. Незважаючи на «простоту», подібні схеми фінансування є економічно незбалансованими, оскільки потребують постійної ресурсної підтримки від «зовнішніх» щодо системи джерел, а соціально ефективними виключно у специфічних умовах.

Фінансове забезпечення розвитку медичного страхування може будуватися на більш складних підходах, зокрема залежно від реалізації принципу імперативності (обов'язковості) соціального страхування, за яким медичне страхування охоплює обов'язкове медичне страхування та добровільне. Проблема полягає у співвідношенні фінансових надходжень від добровільних внесків та державного фінансування.

Зважаючи на те, що в Україні фінансування охорони здоров'я відбувається за принципами моделі «Семашка», тому представляє інтерес фінансування централізованої моделі медичного страхування (державне медичне страхування) розглянути через призму динаміки частки видатків на охорону здоров'я. Так, упродовж 2010–2017 рр. частка видатків на охорону здоров'я у структурі видатків зведеного бюджету впала на 2,9 % (з 11,9 до 9 %), а у ВВП – на 1,7 % (з 5,1 до 3,4 %), відповідно, хоча в абсолютному вимірі обсяг їхнього фінансування зріс із 44,8 до 102,4 млрд грн, або на 57,7 млрд грн (на 129 %). Однак негативні процеси на фінансовому ринку, що викликали стрімку девальвацію гривні, призвели до зниження реальної купівельної вартості такого фінансування. Тобто, незважаючи на збільшення видатків на охорону здоров'я в гривневому вимірі, їхні відносні значення невпинно падають (рис. 1).

Водночас 2017 рік характеризувався значним зростанням видатків на охорону здоров'я – понад 25 млрд грн (на 36 %) порівняно з 2016 роком. Це свідчить, що фінансування реформ здійснюється доволі активно. Однак, порівняно із запланованими видатками, їх було здійснено обсягом 53 % від запланованого. При цьому якщо окремі програми були профінансовані на 90–98 %, то інші напрями фінансування були виконані лише на 5–8 % від запланованого рівня.



Рис. 1. Динаміка частки видатків на охорону здоров'я у структурі видатків Зведеного бюджету України та ВВП у 2010–2017 рр., %

Джерело: побудовано за даними [6, 7].

Висновки. Спільною рисою усіх моделей фінансування сфери охорони здоров'я є багатоканальність його джерел. Це означає, що для усіх моделей існує проблема залучення альтернативних джерел та механізмів фінансування сфери охорони здоров'я, розв'язання якої потрібно розглядати одночасно і як напрям подальшого удосконалення. Вирішення цього питання безпосередньо пов'язане з розвитком страхової медицини, здатної зміцнити економічну основу охорони здоров'я та підвищити якість медичних послуг. Зважаючи, що «медичним страхуванням охоплено лише 5 % українців, велика частина з яких застрахована за корпоративними програмами, оплачуваних роботодавцями» [8, с. 51], та враховуючи світовий досвід, де поряд із добровільним медичним страхуванням у значно більших масштабах отримало розвиток обов'язкове медичне страхування, очевидна перспективність ролі страхування в національній системі охорони здоров'я. Тобто, спираючись на одну з моделей як основу та комбінуючи риси інших моделей відповідно до специфіки фінансової системи країни, можливо створити ефективний варіант фінансового забезпечення медичного страхування з переважанням пріоритетів адміністративних чи ринкових засобів. Проте сучасні ефективні методи фінансування медичних послуг в Україні пов'язані з функціонуванням багаторівневої моделі фінансування системи охорони здоров'я, першу базову ланку якої становитиме обов'язкове державне соціальне медичне страхування, другу – обов'язкове медичне страхування і, нарешті, третю – добровільне медичне страхування та платні медичні послуги, що забезпечуватимуть отримання медичних послуг найвищих стандартів щодо їхнього обсягу та якості. За таких умов реальними стануть: 1) реалізація ролі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як форми реалізації соціальних гарантій держави в охороні здоров'я, що відповідає положенням Конституції України; 2) пошук балансу

між особистою відповідальністю громадян за власне життя, здоров'я та відповідальністю держави за рівень життя її громадян, зважаючи, що співпраця та співвідповідальність держави і громадян сьогодні належать до ключових ознак громадянського суспільства. У кінцевому підсумку це означатиме, як нами уже наголошувалося раніше [8, с. 51], узгодженість державного забезпечення соціальних стандартів (на основі досягнутого рівня економічного розвитку) та виявлення можливостей участі домогосподарств у розвитку суспільного сектору, мінімізуючи їхнє відчуття до суспільного утримання, через недостатність стимулів до інтенсивної праці та підприємницької діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – Ст. 49 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Букевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М. М. Букевич // Науковий вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21.10. – С. 178–184.
3. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – Москва : Издательский дом ГУ ВШЭ, 2009. – 479 с.
4. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers: Health financing policy paper / J. Kutzin. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2008. – 36 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf, с.1-17
5. Сташків Б. І. Зародження соціального страхування на землях України [Електронний ресурс] / Б. І. Сташків. – Режим доступу : <http://www.glk.lviv.ua/news.php/news/46>
6. Офіційний сайт Державної казначейської служби України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://treasury.gov.ua/main/uk/index>
7. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Пенькова О. Г. Вибір моделі фінансування галузі охорони здоров'я / О. Г. Пенькова // Актуальні питання сучасної економіки : Матеріали III Всеукраїнської заочної наукової конференції, 23 грудня 2011 р. – Умань : Видавець «Сочінський», 2011. – Ч. 2. – 240 с.
9. Онишко С. В. Узгодження фінансової і соціальної політики як передумова розбудови соціально-орієнтованої економіки / С. В. Онишко // Незалежний аудитор. – 2017. – № 21 (III). – С. 2–8.

REFERENCES

1. Constitution of Ukraine 1996 (Ukraine). – Retrieved from : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Bukevych, M. M. (2011). Dosvid medychnogo strakhuvannia y zarubizhnykh kraiinakh. Naukovyi visnyk NLTU Ukrainy, 21.10, 178–184.
3. Kolosnitsyna, M. G., Sheiman, I. M., Shyshkin, S. V. (2009). Ekonomika zadravoohraneniia. – Moscow : Publishing house GU VSHE.
4. Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers: Health financing policy paper. – Retrieved from : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf

5. Stashkiv, B. I. (12.03.2016). Zarodzhennia sotsialnogo strakhuvannia na zemliakh Ukrainy. – Retrieved from : <http://www.glk.lviv.ua/news.php/news/46>
6. Derzhavna kaznacheiska sluzhba Ukrainy. (10.01.2019). – Retrieved from : <http://treasury.gov.ua/main/uk/index>
7. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (10.01.2019). – Retrieved from : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Penkova, O. G. (2011). Vybir modeli finansuvannia galuzi okhorony zdorovia. Materialy III Vseukraiinskoï zaohnoi naukovoï konferentsii «Aktualni pytannia suchasnoï ekonomiky» 23.12.2011, part 2, 240.
9. Onyshko, S. V. (2017). Uzgodzhennia finansovoi I sotsialnoi polityky iak peredumova rozbudovy sotsialno-orientovanoi ekonomiky. Nezaleznyi audytor, 21(III), 2–8.

S. V. Onyshko, Y. V. Shevchuk. Functioning specifics of medical insurance financial support models

The article is devoted to the pros and cons determination of the modern models of healthcare financial support and creation of medical insurance financial support models on their basics. In research were used numbers of basic and specific scientific methods among which are: synthesis and analysis – to analyze centralized and decentralized medical insurance financial support models and to define the specifics of medical insurance financial support; systematization and classification – to outline the pros and cons of medical insurance financial support; comparison – to find similarities in modern models of healthcare financial support; generalization – to prepare conclusions and summary.

In article we overviewed the most popular modern models of healthcare financial support: model “Semashko”, model “Beveridge”, model “Bismarck” and private model. Based on them we determined centralized and decentralized types of medical insurance financial support models. Founded that in Ukraine simultaneously function budget healthcare funding system (model “Semashko”), mixed funding (obligatory types of social insurance – state and private insurance funding model) and voluntary medical insurance (commercial and social types in form of hospital paydesks). Defined that each mentioned medical insurance financial support model simultaneously guarantees the State rule power in establishment and observance of social protection guarantees with its financial (fiscal, insurance, tariff) regulation and the market self-regulation and financial autonomy of other parts (insurance companies and insured persons).

Also defined the pros and cons of overviewed medical insurance financial support models. Founded that common feature of all medical insurance financial support models is the multichannel that gives opportunity to use alternative financial sources and mechanisms to fund the healthcare. Proposals on the development of national medical insurance financial support model in Ukraine are made.

Key words: *healthcare, financial support, medical insurance, medical insurance models, state medical insurance, private medical insurance, mixed (state and private) medical insurance.*

Стаття надійшла до редколегії 20 березня 2019 року