

ПАВЛЮК К. В.

д. е. н., доцент
Вінницький фінансово-економічний університет

СТЕПАНОВА О. В.

к. е. н., старший науковий співробітник відділу управління економікою
ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ФОРМА ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У статті проаналізовано зарубіжний досвід розвитку обов'язкового медичного страхування, його роль у загальній системі фінансування охорони здоров'я. Розглянуто можливість впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Обґрунтовано пропозиції щодо розробки системи заходів для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, фінансування, зарубіжний досвід, модель, витрати, населення.

ПАВЛЮК К. В.

д. э. н., доцент
Винницкий финансово-экономический университет

СТЕПАНОВА Е. В.

к. э. н., старший научный сотрудник отдела управления экономикой
ГУ «Институт экономики и прогнозирования НАН Украины»

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье проанализирован зарубежный опыт развития обязательного медицинского страхования, его роль в общей системе финансирования здравоохранения. Рассмотрена возможность внедрения обязательного медицинского страхования в Украине. Обоснованы предложения по разработке системы мер по введению обязательного медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, финансирование, зарубежный опыт, модель, затраты, население.

PAVLYUK K. V.

doctor of economical sciences, associate professor
Vinnytsa Financial and Economic University

STEPANOVA E. V.

candidate of economical sciences, senior researcher of the economy management
department State Institute of Economics and Forecasting of NAS of Ukraine

HEALTH INSURANCE AS A FORM OF FINANCING OF MEDICAL SERVICES

The authors analyzed the foreign experience of compulsory health insurance, its role in the overall system of health care financing. The article discusses the possibility of the introduction of compulsory health insurance in Ukraine. Proposals for the development of measures for the introduction of compulsory health insurance in Ukraine were substantiated in the study. The development experience of the health system in foreign countries makes it possible to plot the optimistic and the pessimistic scenario of the potential impact of changing funding model industry in Ukraine. The system of preparatory activities for the implementation of mandatory medical insurance in Ukraine was presented in the article.

Keywords: compulsory medical insurance, finance, foreign experience, model, costs, population.

len_stepanova@yahoo.com

З соціально-економічної точки зору медичне страхування є однією із важливих складових нормального функціонування національних систем охорони здоров'я. Медичне страхування використовується в багатьох країнах для фінансування охорони здоров'я,

реалізується у добровільній (приватне страхування) та обов'язковій (соціальне страхування) формах. Обом формам властиві свої переваги і недоліки. В той же час соціальне обов'язкове медичне страхування має істотну перевагу – воно забезпечує регулярність накопичення грошових коштів, створюючи тим самим можливість планувати медичну допомогу.

Медичне страхування – форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що має на меті гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансувати профілактичні заходи. В платній медицині даний вид страхування є інструментом для покриття витрат на медичну допомогу, в безкоштовній медицині це додаткове джерело фінансування медичних витрат. У медичному страхуванні інтересом застрахованого виступає можливість компенсації витрат на медичне обслуговування за рахунок коштів страховика.

Різні аспекти розвитку механізмів обов'язкового медичного страхування досліджували відомі вчені: В. Базилевич, В. Бідний, Л. Богуш, В. Куценко, Н. Нижник, В. Мних, В. Москаленко, т. Стецюк та інші.

Метою статті є аналіз зарубіжного досвіду розвитку обов'язкового медичного страхування, необхідність та можливість впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

У більшості країн з розвинутою платною охороною здоров'я медичне страхування отримало широке розповсюдження. Основна його мета – максимальна доступність медичних послуг для широких верств населення і за можливістю повна компенсація витрат страхувальників.

Відповідно до загальносвітових стандартів медичне страхування покриває дві групи ризиків, що виникають у зв'язку із захворюванням [1]:

- витрати на медичні послуги з відновлення здоров'я, реабілітації і відходу;
- втрата трудового доходу, викликаного неможливістю здійснення професійної діяльності як під час захворювання, так і після нього в разі інвалідності.

Страхування медичних витрат є страхуванням збитку та захистом стану клієнта від раптово виникаючих витрат.

Соціальне (обов'язкове) медичне страхування – є складовою частиною державного соціального страхування і забезпечує всім громадянам можливість отримання медичної та лікарської допомоги, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі та за умов відповідно до програм обов'язкового страхування [2].

За визначенням експертів ВООЗ фінансування за допомогою соціального медичного страхування – це таке фінансування, яке, відповідно до законодавства, обов'язково покриває витрати на медичну допомогу за посередництва офіційного установа створеного стороннього платника; джерелом коштів є внески або премії, розмір яких не пов'язаний з рівнем ризиків, та які відокремлені від інших обов'язкових (законодавчо затверджених) податків або зборів [3].

Відтак, основними ознаками соціального обов'язкового медичного страхування є наступні [2]:

- зв'язок розміру внесків з розміром доходів згідно зі змінними або однаковими ставками;
- обов'язковість для всіх або для більшості населення;
- обов'язки зі сплати внеску розподілені між наймачем і найманим робітником або іншим агентом;
- єдиний фонд або декілька фондів;
- призначене членство або вибір страховика;
- верхній та нижній пороги доходів для платників.

Світовий досвід впровадження систем соціального медичного страхування засвідчує застосування багатоманітності фінансових інструментів його реалізації та наявності суттєвих відмінних ознак.

Рівень фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів соціального обов'язкового медичного страхування в країнах ОЕСР характеризується даними, наведеними в таблиці 1.

Аналіз наведених даних свідчить про наступне: обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, в тих країнах, де велике значення має державна охорона здоров'я. Вибір форми медичного страхування залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я та країни в цілому. Принцип фінансування системи охорони здоров'я за рахунок обов'язкового медичного страхування за даними ВООЗ домінує (більше 50% – питома вага державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, а також більше 50% – питома вага витрат соціального медичного страхування у загальних витратах на охорону здоров'я) у таких країнах ОЕСР, як Німеччина (88,3%), Франція (93,4%), Австрія (58,6%), Бельгія (88,3%), Нідерланди (88,3%), Японія (78,7%), Люксембург (77,2%), Швейцарія (72,2%) [4].

Найбільшу частку фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів соціального обов'язкового медичного страхування у 2008 році (рис.1) мали Франція, Нідерланди Словаччина. Країни з переважно бюджетною моделлю фінансування охорони здоров'я не мають значного розвитку соціального страхування (Великобританія, Швеція, Австралія), або використовують його як додаткове та інструменти доповнення. Наприклад, такі країни, як Фінляндія, Норвегія, Нова Зеландія.

Таблиця 1

Тенденції фінансування охорони здоров'я за рахунок витрат соціального обов'язкового медичного страхування у країнах ОЕСР (% від загальних державних витрат на охорону здоров'я) [4]

Країни ОЕСР	Рік																	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Австралія	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Австрія	55.7	55.9	58.0	57.7	58.5	58.8	58.1	59.1	58.7	59.5	59.2	59.1	58.6	58.6	57.5	53.6	53.6	53.6
Бельгія	75.4	76.8	76.6	79.5	78.7	79.0	80.0	82.4	88.8	94.8	82.4	81.6	88.3	88.3	85.3	86.0	86.2	86.2
Канада	1.5	1.6	1.7	1.7	1.8	2.0	2.0	1.9	2.1	2.1	2.0	2.1	2.0	2.0	1.9	1.9	2.0	2.0
Чехія	83.8	87.7	89.5	90.2	89.4	89.5	90.6	89.9	88.0	89.3	90.2	89.5	90.3	90.3	90.2	90.2	92.3	92.3
Данія	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Фінляндія	17.3	17.9	18.4	19.0	19.6	19.5	19.6	19.8	20.1	20.4	19.9	19.7	19.5	19.5	19.7	20.4	19.0	19.0
Франція	94.2	94.1	94.1	94.3	94.4	94.3	94.3	94.0	93.7	93.7	93.8	93.6	93.4	93.4	92.2	92.4	92.3	92.3
Німеччина	82.5	84.3	86.5	87.0	87.3	87.3	87.2	87.3	87.3	87.2	87.6	88.0	88.3	88.3	88.3	88.5	88.6	88.6
Угорщина	80.0	82.4	82.8	83.4	83.8	83.9	83.3	81.3	82.0	84.2	84.4	84.7	82.5	82.5	83.7	84.5	83.7	82.2
Ісландія	34.9	35.7	30.7	33.1	31.5	33.4	31.4	32.1	32.4	33.8	33.4	33.5	32.7	32.7	35.2	35.8	36.1	40.0
Ірландія	1.3	1.2	1.1	1.1	1.1	1.2	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7	1.0	0.8	0.8	0.9	0.5	0.5	0.5
Італія	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
Японія	81.7	82.4	82.0	80.9	81.2	80.9	80.4	80.5	76.7	76.8	77.7	78.7	78.7	78.7	87.5	87.6	87.6	87.6
Республіка Корея	79.3	79.1	78.8	80.2	78.2	79.5	81.4	80.6	81.1	80.4	78.0	77.4	77.7	76.8	76.9	77.5	78.9	79.5
Люксембург	83.4	84.3	86.0	82.7	93.1	82.6	78.9	86.0	81.6	80.8	78.5	77.3	77.2	77.2	80.5	80.5	80.5	80.5
Мексика	79.3	76.5	72.9	72.4	69.1	67.6	66.7	66.0	66.9	67.3	62.0	60.2	58.9	55.2	54.6	55.4	55.7	55.1
Нідерланди	93.6	93.7	93.6	93.9	93.8	93.9	93.8	93.8	96.4	96.3	94.7	94.9	93.4	93.3	90.4	90.5	90.5	90.9
Нова Зеландія	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.7	10.6	10.9	11.6	11.6	11.7	10.1	9.4	9.4
Норвегія	17.0	17.0	17.5	17.2	16.5	17.1	17.2	18.2	18.0	18.5	16.5	15.2	14.3	13.5	13.2	13.2	12.2	13.2
Польща	0.0	0.0	0.0	0.0	83.5	82.6	83.8	86.2	86.0	82.5	83.6	83.9	82.7	82.7	86.1	86.2	85.4	85.4
Португалія	7.2	6.6	6.7	7.7	7.1	1.3	1.3	1.3	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	2.0	1.9	1.9	2.2
Словаччина	96.3	96.9	96.7	96.6	94.2	86.5	82.3	81.1	87.9	86.3	87.7	89.5	89.9	89.9	89.7	89.9	89.6	89.6
Іспанія	23.6	20.1	13.4	11.8	9.4	9.6	9.2	7.4	7.4	7.5	7.2	7.3	7.0	7.0	6.0	6.1	6.3	6.3
Швеція	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Швейцарія	70.2	70.7	71.8	72.5	72.3	72.8	70.6	69.2	69.5	71.0	71.9	72.6	72.2	72.2	70.5	71.0	70.8	70.8
Туреччина	33.7	29.6	38.8	50.6	53.0	55.5	50.5	52.8	54.6	54.8	52.8	53.8	50.3	50.3	57.0	57.0	57.0	57.0
Великобританія	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США	78.3	78.9	79.3	78.8	78.8	79.2	79.4	79.4	84.1	84.9	85.0	85.4	85.3	85.6	88.8	86.0	87.3	86.8

Тенденцію до збільшення питомої ваги соціального медичного страхування за аналізований період мають Бельгія (з 75,4% у 1995 році до 88,3% у 2008 році), Чехія (з 83,8%

у 1995 році до 903% у 2008 році), Німеччина (з 82 % у 1995 році до 88,3% у 2008 році). Незначна тенденція до зменшення цієї частки фінансування охорони здоров'я спостерігалась у Люксембурзі (з 83,4% у 1995 році до 77,2% у 2008 році) та значне зменшення частки – у Мексиці (з 79,3 % у 1995 році до 55,2% у 2008 році).

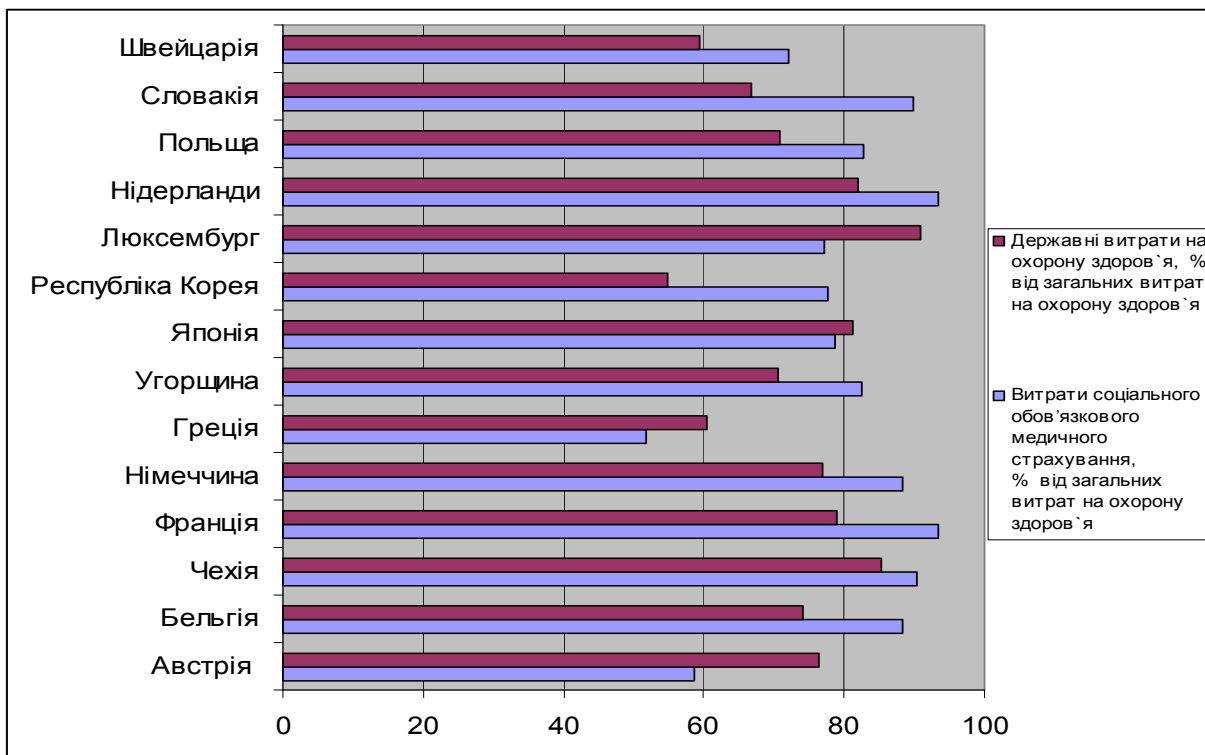


Рис. 1. Вплив обов'язкового медичного страхування на фінансування системи охорони здоров'я у країнах ОЕСР (складено за даними [4])

У країнах Центральної та Східної Європи найвищий рівень питомої ваги фінансування системи охорони здоров'я за рахунок обов'язкового медичного страхування упродовж останніх п'яти років спостерігався у Чехії (90,3%), Угорщині (82,5%), Польщі (82,7%), Словаччині (89,9%) [5].

Дані таблиці 2 свідчать, що найбільше системи соціального медичного страхування поширені у країнах регіонів Європи (49,5) та західної частини Тихого Океану (63,0), а також у країнах з рівнем доходу вищим за середній (41,8) та високим (38,0). Проте частка фінансування як у цих регіонах, так і у світі в цілому має тенденцію до зменшення.

Отже, кожна країна пристосовує класичні моделі фінансування охорони здоров'я відповідно до тенденцій та особливостей соціально-економічного розвитку. Як показує аналіз тенденцій, кожна країна повинна мати стабільне та достатнє джерело фінансування охорони здоров'я.

Однак, високий рівень економічного розвитку країни не завжди є передумовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я та основою для повного охоплення населення. Країни зі схожим рівнем витрат на охорону здоров'я можуть мати значно відмінні з точки зору здоров'я населення результати. Значну частину таких відмінностей можна пояснити державною політикою організації та фінансування системи охорони здоров'я (табл. 3).

Німеччина, наприклад, визнала, що старіння населення призводить до зменшення питомої ваги працездатного населення, що обмежує можливості фінансування системи за рахунок соціального медичного страхування з традиційних джерел – страхових внесків. Як наслідок, уряд спрямував додаткові бюджетні кошти для фінансування системи охорони здоров'я.

Витрати на соціальне забезпечення на охорону здоров'я у відсотках від загальних державних витрат на охорону здоров'я [4]

Ознаки класифікації країн	Рік																	
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
За географічними регіонами ВООЗ																		
Європейський регіон	50,4	50,4	51,3	52,8	52,5	51,8	52	51,2	50,6	50,3	50	49,7	59,8	50,1	50,5	51,3	51,4	
Американський регіон	67,4	67,6	67	66,8	67,2	67,6	67,9	71,9	72,4	72,3	72,3	71,9	71,9	72,6	72,8	71,8	73,3	
Південно-Східна Азія	11,8	13,4	13,7	13,8	13,6	14,2	13,7	14	14,1	15,3	15,5	14,7	14,6	15,5	15,2	13,6	12,2	
Регіон Східного Середземномор'я	19,6	20,9	21,8	20,2	20,2	21,4	22,7	23,3	23,4	23,3	25,3	24,3	26,4	22,3	23,9	23,3	23,3	
Регіон Західної частини Тихого Океану	69,5	68,2	66,8	66,1	68,1	68,3	67,7	66,8	67,3	67,3	67,4	68,6	69,8	67,9	68,1	69,1	69,5	
В середньому у світі	58,4	58,2	58,1	58,5	58,9	58,8	58,9	60,1	60,2	60	59,8	59,7	60	59,9	60,5	60,6	61,1	
У країнах за рівнем доходу																		
З високим рівнем доходу	1,5	1,5	1,5	2,5	2,1	2,7	2,2	2,1	2	2,3	3,6	3,2	3,1	3,5	4,2	4,3	4,3	
З рівнем доходу вище за середній	39,9	42	43,1	43	43,2	42,6	42,7	43,6	43,9	43,2	44,2	45,9	48	48,4	48,5	50,3	50,2	
З рівнем доходу нижче за середній	11,8	13,4	14,1	14,7	15	15	15,4	14,6	14,7	15,6	16,5	16	16,3	16,8	17,3	16,2	15,1	
З низьким рівнем доходу	1,5	1,5	1,5	2,5	2,1	2,7	2,2	2,1	2	2,3	3,6	3,2	3,1	3,5	4,2	4,3	4,3	

В Україні активно опрацьовуються організаційно-економічні механізми реформування системи охорони здоров'я, у тому числі й такі, що базуються на впровадженні соціального обов'язкового медичного страхування. Зокрема, в оприлюдненому Міністерством охорони здоров'я України у 2014 році Проекті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України визначено завдання впровадження обов'язкового медичного страхування [6]. Значущість поставлених в Проекті концепції завдань обумовлює необхідність пошуку адекватних механізмів формування та імплементації, що ґрунтуються на інтеграції та дослідженні міжнародного досвіду формування обов'язкового медичного страхування.

Накопичений десятиліттями світовий досвід у сфері медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем обов'язкового медичного страхування. Докорінні зміни системи фінансування охорони здоров'я в Україні під час впровадження обов'язкового медичного страхування можуть стати основою для підвищення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, доступності медичної допомоги та якості медичних послуг. Переміщення частини населення з системи державного фінансування охорони здоров'я в систему обов'язкового медичного страхування може допомогти формуванню нових пріоритетів розвитку галузі за рахунок перерозподілу фондів [7].

Аналіз світового досвіду фінансування охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування дозволяє визначити наступні альтернативні варіанти та ознаки його формування в Україні:

1) обов'язкове медичне страхування може бути основним або додатковим видом фінансування системи охорони здоров'я;

2) альтернативними видами організації фондів обов'язкового медичного страхування є наступні: єдиний фонд для всього населення країни; декілька єдиних фондів, кожен з яких обслуговує все населення певного регіону країни; фонди, які обслуговують населення одного і того ж регіону, але не конкурують між собою; декілька конкуруючих фондів, що можуть бути державними (квазідержавними) установами або приватними.

3) розмір та порядок визначення внеску до фондів обов'язкового медичного страхування: а) одноманітні ставки внесків для всього населення країни; б) частка внеску

роботодавця та частка внеску робітника; в) обмеження внесків (за категоріями платників, регіонами тощо); г) наявність додаткових внесків, не пов'язаних із оплатою праці.

Таблиця 3

Ознаки та фінансові інструменти систем соціального медичного страхування в Західній Європі [1]

Ознаки	Австрія	Бельгія	Франція	Німеччина	Люксембург	Нідер-ланди	Швейцарія
Охоплення соціальним медичним страхуванням (% від усього населення)	99	99-100	100	88	97-99	100 за схемою AWBZ, 64 за схемою ZFW	100
Витрати соціального медичного страхування, % від всіх витрат на охорону здоров'я	58,6	88,3	93,4	88,3	77,2	93,4	72,2
Кількість фондів медичного страхування	24	близько 100 (всі, окрім двох, об'єднано в 5 організацій) взаємодопомоги)	19	420 (у 7 асоціаціях)	9	30	109
Відсоток застрахованих з вибором фонду	0	близько 99	0	близько 96	0	100	100
Ставка внеску: єдина або така, що варіює	Варіює залежно від професії	Єдина	Єдина	Базова єдина	Єдина	Єдина	-
Обмеження на дохід, що підлягає оподаткуванню	+	-	-	+	+	+	-
Інші особисті внески до фондів медичного страхування	-	Плюс номінальна подушна премія (варіює залежно від фонду)	Загальний соціальний внесок + внесок з погашення соціального боргу	-	-	Плюс подушна премія (варіює залежно від фонду),	Тільки подушна премія
Суб'єкт встановлення внесків	Уряд	Уряд	Уряд	Окремі фонди	Об'єднання медичних фондів	Уряд	Окремі фонди або страховики
Суб'єкт інкасування внесків	Окремі фонди	Національне управління соціального страхування	Місцеві урядові агентства переводять Центральному агентству по установам соціального страхування	Окремі фонди	Об'єднання медичних фондів	Фонд AWBZ/ZFW керований Радою з медичного страхування	Окремі фонди або страховики
Механізм формування фінансових пулів або розподілу фінансових ризиків між фондами	Відсутній, але у разі дефіциту фонди можуть подати заяву про переведення коштів з інших фондів	В основному пайова участь у витратах; обмежений проспективний розподіл по фондах	Субсидії з Великих фондів та урядові субсидії малим фондам	Механізм компенсації з урахуванням структури ризиків на федеральному рівні	Пайова участь у витратах	В основному пайова участь у витратах; обмежений проспективний розподіл по фондах	Компенсація з урахуванням структури ризиків на кантональному у рівні
Фінансування соціального медичного страхування з податкових надходжень (за наявності такого — відсоток доходів фондів)	Практично відсутній за виключенням фермерських фондів (% усіх доходів)	35-40%	До 8% плюс спеціальні адресні медичні податки	Практично відсутній за виключенням (фермерських фондів % усіх доходів)	До 40%	Менше 1% для AWBZ 25% для ZFW	Непрямі субсидії фондам та застрахованим

Однак, виходячи з проведеного комплексного порівняльного аналізу реформ, спрямованих на впровадження обов'язкового медичного страхування в різних країнах,

постають декілька методологічних питань [8]:

- потенціал та межі використання досвіду інших країн: визначення системи передумов, за яких виникає можливість перенесення тих або інших організаційно-економічних заходів із арсеналу реформ одних країн до практики інших;

- системні зміни, обумовлені впровадженням обов'язкового медичного страхування, включають підсистему фінансування охорони здоров'я, надання медичних послуг та забезпечення гарантій якісної медичної допомоги;

- сучасні реформи у сфері охорони здоров'я є реформами «третього рівня», що переважно спрямовані на досягнення соціальних результатів шляхом удосконалення функціонування, в тому числі суміжних секторів економіки та соціальної сфери країни в цілому.

Результати дослідження досвіду свідчать про наступне: обов'язкова форма медичного страхування використовується як правило в тих країнах, де вагоме значення має державне фінансування та організація охорони здоров'я. Вибір форми медичного страхування залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я та країни в цілому. Отже, кожна країна пристосовує моделі фінансування охорони здоров'я відповідно до тенденцій та особливостей соціально-економічного розвитку. Як показує аналіз тенденцій, кожна країна повинна мати стабільне та достатнє джерело фінансування охорони здоров'я. Найбільш ефективними системами обов'язкового медичного страхування визнані механізми, впроваджені у Франції та Німеччині. Однак, і ці системи схильні до впливу фінансових, демографічних та інших соціальних ризиків. Зокрема, світова фінансово-економічна криза обумовила зниження рівня фінансової стабільності цих систем та неможливість реагувати на нові соціально-медичні потреби суспільства, що, у свою чергу, актуалізувало необхідність впровадження додаткових адресних податкових механізмів, обмеження доступу громадян до окремих медичних та немедичних послуг для усунення диспропорцій між потребами та економічним потенціалом системи охорони здоров'я.

В Україні за останні півтора десятиліття активізувався пошук інструментів та методів впровадження обов'язкового медичного страхування, а також було запропоновано до розгляду 13 законопроектів, які в тій чи іншій мірі його стосувалися [9]. Аналіз цих законопроектів дозволяє зауважити, що вони не забезпечують комплексного формування умов та методів функціонування системи обов'язкового медичного страхування, а також не дозволяють однозначно виявити ряд основоположних його принципів, а саме: визначити страховика, перелік послуг, які фінансуватимуться за рахунок коштів, отриманих із системи обов'язкового медичного страхування, функції та організаційно-економічні механізми основного страховика, перелік осіб, які будуть включені до такої програми, розмір та базу внесків на обов'язкове медичне страхування. У окремих законопроектах обґрунтовується доцільність розширення впливу та частки приватного медичного страхування у фінансуванні системи охорони здоров'я в цілому.

Провідні експерти ВООЗ у своїх дослідженнях звертають увагу на те, що запропонованим заходам формування страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я України можуть бути властиві такі потенційні виклики [10]: формування системи нових рамкових обмежень доступності різних видів медичної допомоги для окремих верств (груп) населення; виявлення додаткових передумов складності планування у короткостроковому і середньостроковому періодах, а також довгострокового прогнозування обсягу фінансування; відсутність економічної зацікавленості медичних працівників в поліпшенні здоров'я пацієнтів; відсутність стимулів до ефективного використання фінансових ресурсів (пацієнтам можуть надаватися непотрібні їм послуги); відсутність економічного взаємозв'язку між різними етапами медичної допомоги: первинного, вторинного та третинного рівня; можливість високих витрат страховиків та надавачів медичних послуг на обробку даних про надані послуги, непрозорість цього механізму.

Інституційні та соціально-економічні передумови впровадження обов'язкового медичного страхування потребують обґрунтованого аналізу досвіду у цій сфері країн

Центральної та Східної Європи. Основними причинами переходу до страхової медицини цих країн стали наступні фактори [3]:

- недостатність фінансування охорони здоров'я;
- збільшення кількості осіб, які потребують медичної допомоги (до 60%) за умови домінування функціонування бюджетної системи охорони здоров'я в країні;
- зростання обсягу та вартості медичних послуг паралельно зростанню кількості лікарів;
- дефіцит кваліфікованої медичної допомоги;
- збільшення рівня тінізації економіки в медичній галузі;
- надмірна централізація і монополізація фінансування та управління системою охорони здоров'я.

Розкриті особливості впровадження обов'язкового медичного страхування свідчать про нагальну необхідність збереження в Україні переважно державної медицини. Кризові тенденції соціально-економічного розвитку країни знижують організаційний потенціал впровадження страхової моделі фінансування охорони здоров'я. Обов'язковому соціальному медичному страхуванню та приватному медичному страхуванню може бути надана роль виключно допоміжних механізмів фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

З метою реалізації заходів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я в Україні, зміну моделі її фінансування та перегляду у цьому механізмі ролі держави і приватного сектора, доцільним є врахування світового досвіду проведення таких реформ. Так, впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні сьогодні є передчасним і потребує попереднього ретельно опрацьованого етапу підготовки на основі реалізації узгодженої системи заходів:

- формування єдиного державного фонду соціального обов'язкового медичного страхування для громадян України з територіальними відділеннями;
- розробка та впровадження системи персоніфікованого обліку надання медичної допомоги, використання бази даних для планування системи організації та оплати медичних послуг, та як наслідок, єдиного реєстру застрахованих осіб як важливої передумови впровадження системи обов'язкового медичного страхування та виключення подвійного страхування та фінансування;
- розробки прогресивної системи ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, та визначення зв'язку розміру внесків з розміром доходів платників внесків, а також визначення їх нижньої межі для вразливих верств громадян, за яких внески сплачуватиме держава (пенсіонери, інваліди та ін.);
- розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем та працівником;
- розробки та впровадження системи розподілу ризиків між державою, роботодавцями, страховими організаціями, отримувачами медичної допомоги;
- розробка та впровадження механізму «страхування з метою забезпечення ліками»;
- стимулювання розвитку приватного медичного страхування з метою забезпечення притоку додаткових коштів до системи охорони здоров'я, не допускаючи заміщення безкоштовної медичної допомоги населенню платною;
- сприяння заміщенню неформальних платежів в системі охорони здоров'я формальними (легальними);
- здійснення поступового перенесення платних медичних послуг з бюджетних установ до приватних медичних установ;
- розробка та впровадження механізмів об'єднання коштів для окремих верств громадян, які сплачуватимуться в межах обов'язкового (за умови його впровадження) та приватного медичного страхування (з метою виключення подвійного покриття страхуванням та фінансуванням);
- розробка та впровадження особистих медичних депозитних рахунків на медичну допомогу з механізмами пайової участі держави для окремих верств населення;

– універсальність охоплення медичними послугами не буде порушена, якщо держава покриватиме (при впровадженні обов'язкового медичного страхування) медичні витрати людей, які не в змозі робити відрахування.

Разом з тим, оскільки в Україні існують фінансові, територіальні та структурні бар'єри доступу до медичної допомоги, то потребують розробки та впровадження фінансові та організаційні механізми удосконалення доступу населення до медичної допомоги, що сприятиме накопиченню соціального капіталу в Україні, зокрема необхідним є:

- розробка системи заходів спрямованих на зниження частки домогосподарств, які потерпають від позбавлення послугами у сфері охорони здоров'я;

- чітке врегулювання переліку медичних послуг, які мають надаватися населенню на безкоштовній основі;

- розвиток методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ (покращених умов перебування) для категорії населення найвищого децильного рівня диференціації за доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ;

– усунення фрагментарності функціонування системи охорони здоров'я як результату розробки окремих неузгоджених програм та проектів.

Отже, врахування досвіду розбудови системи охорони здоров'я у зарубіжних країнах дає можливість окреслення оптимістичного та песимістичного сценарію потенційних наслідків зміни моделі фінансування галузі в Україні. За першим сценарієм, впровадження страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні забезпечить його фінансову стійкість, дозволить отримати додатковий потенціал для розвитку медичної інфраструктури, стане передумовою для збільшення рівня доходу персоналу галузі, а також підвищення якості надання медичних послуг та задоволення базових потреб населення [11].

Однак, за іншим сценарієм, радикальна трансформація механізмів фінансування та організації системи охорони здоров'я в Україні без відповідного обґрунтування може призвести до зниження доступності медичної допомоги для окремих верств населення. У період фінансово-економічних криз та рецесії системи медичного страхування більшості країн світу (де вони є переважним механізмом фінансування охорони здоров'я) мають значні проблеми, що виникають внаслідок різкого зменшення обсягів страхових внесків та неможливості здійснювати притаманні їм функції; появи нових сегментів збіднілих верств населення, формування яких буде обумовлене надмірно високими витратами на медичну допомогу; збільшення рівня відторгнення людей від соціального, економічного та політичного життя внаслідок зниження доступу до медичної допомоги; зміни структури медичних послуг для населення, а також можлива втрата частини існуючих медичних послуг, що може обумовити зниження якості людського капіталу та обсягу трудового потенціалу України.

Список використаних джерел

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Електронний ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2010. – 258 с. – Режим доступу : http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1

2. Мак-Ки М. Здравоохранение и расширение Европейского союза [Електронний ресурс] / М. Мак-Ки, Л. Мак-Лехос, Э. Нолте / Европейская обсерватория по системам здравоохранения ВОЗ. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 293 с.. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

3. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / [Э. Моссалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин] ; [пер. с англ.]. – М. : Из-во «Весь мир», 2004. – 352 с.

4. Обсерватория глобального здравоохранения ВОЗ (ГНО) [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу : <http://www.who.int/gho/en/index.html>

5. Здоровье для всех: Европейская база данных [Електронний ресурс]. – 2010. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

6. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html

7. Normand С.Н., Weber А. Social Heals Insurance: a quidbook for planning. Copenhagen: WHO, 1994. 136 p.

8. Садовничий В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. Садовничий, Н. Григорьева, Т. Чубарова. – М. : Экономика, 2012. – 286 с.

9. Козьменко С.М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні / С.М. Козьменко, І.О. Охріменко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://insurance.uabs.edu.ua/uk/biblioteka/statti/289-analiz-zakonodavchychkh-initsiatyv-shchodo-obov-iazkovooho-medychnoho-strakhuvannia-v-ukraini.html>

10. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. Edited by J. Kutzin, С. Cashin, М. Jakab. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2010. 425 p. URL: <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/E94240.pdf>

11. Степанова О.В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О.В. Степанова, І.В. Іголкін // Фінанси України. – 2012. – № 3. – С. 69–82.
