

*Федорович І.М.,**к.е.н., викладач-стажист кафедри  
фінансів суб'єктів господарювання і страхування,  
Тернопільський національний економічний університет*

## ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

**Анотація.** У статті розглянуто функції та принципи формування механізму фінансування системи медичного страхування в сучасних умовах. Досліджено сучасний стан медичного страхування в Україні. Розкрито основні проблеми чинної системи медичного страхування в Україні та запропоновано шляхи реформування в контексті підвищення її результативності та ефективності.

**Ключові слова:** страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, охорона здоров'я, модель фінансування охорони здоров'я.

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі суспільно-економічного розвитку суспільства однією з найважливіших функцій є необхідність забезпечення громадянам належного рівня охорони здоров'я. Неefективність використання бюджетних коштів на фінансування медичного обслуговування населення в контексті обов'язкового медичного страхування потребує прийняття невідкладних рішень, спрямованих на реформування всієї системи. Функціонування одночасно двох видів страхування: обов'язкового та добровільного не сприяє ефективному вирішенню проблеми. Тому визначення перспективних напрямів розвитку медичного страхування в Україні, заснованих на використанні комплексного підходу під час практичної реалізації добровільного та обов'язкового медичного страхування, є актуальним завданням.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідження з вивчення теоретичного і практичного досвіду, пошуку й визначення перспективних напрямків розвитку медичного страхування постійно ведуться, але на сучасному етапі важливо надати для них комплексного характеру. Окремі проблеми медичного страхування були в центрі уваги таких відомих вітчизняних учених: В. Базилевича, О. Василика, С. Кондратюка, Н. Солоненко, Л. Жаліло, О. Конопельцева, С. Осадця, С. Прилипко, В. Ходаківської, А. Котвіцької, С. Коробової. Вченими запропоновані різні підходи до побудови системи медичного страхування, але проблеми реалізації сучасних механізмів фінансування розглянуті не в повному обсязі.

Метою дослідження є розвиток теоретичних та практичних засад реалізації медичного страхування в Україні для підвищення ефективності та результативності фінансування системи охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Поняття «охорона здоров'я» можна розглядати в широкому значенні як складову частину охорони здоров'я населення та у вузькому – як сукупність медичних заходів, що мають на меті зберегти і підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини й населення загалом. Різноманітність підходів і брак законодавчо визначеного поняття «охорона здоров'я» дають змогу розглядати систему охорони здоров'я як комплекс заходів із збереження

життя і зміцнення здоров'я населення, своєчасному наданню медичної допомоги та відновлення здоров'я.

Сутність будь-якого економічного явища відображається в його функціях та принципах. Виділення функцій страхування в економічній літературі є дискусійним питанням. Окремі економісти виділяють такі базові функції медичного страхування: ризикова, накопичувальна, інвестиційна, попереджувальна, контрольна.

Ризикова функція медичного страхування полягає в захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги під час звернення до медичних установ, завдяки перерозподілу коштів страхового фонду, сформованого спеціалізованою організацією (страховиком) з урахуванням випадкового характеру подій;

Накопичувальна функція страхування забезпечує захист і поліпшення рівня життя населення завдяки використанню механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, які мають довгостроковий характер.

Інвестиційна функція страхування дає змогу інвестувати тимчасово вільні кошти страхових організацій в економіку країни.

Попереджувальна функція страхування пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику та дає змогу страховикам знижувати ймовірність їхнього настання. Водночас попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість вуїх учасників страхових відносин у тому, щоб негативні події, що завдають шкоди, не настали. Тому основним завданням страхових організацій, а також економічних суб'єктів господарювання є попередження ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків, ступеня їхнього негативного впливу та масштабів можливих збитків.

Контрольна функція страхування проявляється в процесі формування та використання коштів страхових фондів. Тому контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують достатність сформованих страхових фондів для виконання страховиками їхніх зобов'язань, а також у контролі якості медичної допомоги, що надається застрахованим особам.

Поділ функцій страхування на рівні індивідуального і суспільного відтворення проводиться багатьма вченими. Окрім, наведених вище, виділяють також функції, пов'язані з використанням страхування як інструменту державного регулювання, тобто на макроекономічному рівні. До них можна віднести функцію перерозподілу частини національного доходу, функцію економії бюджетних коштів, функцію стимулювання розвитку пріоритетних сфер національної економіки.

Окремі вчені об'єднують ризикову, попереджувальну й ощадну функції страхування під загальним поняттям розподільної функції, а також розглядають захисну функцію як основну у страхуванні, яка має три складові: юридичну, матеріальну

та психологічну. Юридична складова захисної функції страхування полягає в наданні страхувальнику юридичного зобов'язання страховика, за яким він зобов'язаний під час настання несприятливої події виконати дії, передбачені договором страхування. Матеріальна складова захисної функції зумовлена здійсненням страхових виплат у разі настання страхового випадку. Психологічна складова реалізується у виникненні в страхувальника (застрахованої особи) відчуття захищеності, заснованого на юридичному обов'язку страховика реалізувати матеріальну складову захисної функції страхування [1, с. 102].

Водночас розглянемо основні принципи страхування, представлені в економічній літературі, визначивши найбільш значущі з них у сфері медичного страхування: еквівалентності, солідарності, відшкодування.

Принцип еквівалентності передбачає дотримання рівноваги між зобов'язаннями страховиків щодо здійснення страхових виплат і страхувальників зі сплати страхових премій. Такий принцип поширюється на проведення медичного страхування в добровільній формі, яке характеризує залежність обсягів і видів допомоги, передбачених програмою страхування, від розміру сплачених страхових премій.

Введення обов'язкового медичного страхування гарантує населенню отримання медичної допомоги на основі дотримання рівності. Водночас принцип еквівалентності є одним із базових для реалізації фінансових інновацій у сфері медичного страхування, спрямованих на забезпечення збалансованості обсягів медичної допомоги та їхнього фінансового забезпечення.

Принцип солідарності медичного страхування полягає в організації оплати медичної допомоги, наданої застрахованій особі, яка має поліс медичного страхування, коштом усіх учасників страхування, а не тільки в сумі внесків, сплачених особою, яка звернулася за медичною допомогою.

Принцип відшкодування в медичному страхуванні передбачає надання медичної допомоги в межах програми, за яку була сплачена страхова премія під час добровільного медичного страхування, і територіальної програми обов'язкового медичного страхування – під час обов'язкового.

Розглянуті функції та принципи медичного страхування дають змогу визначити форми здійснення медичного страхування з виявленням їхніх особливостей та визначенням передумов реалізації фінансових інновацій. Медичне страхування здійснюється в обов'язковій та добровільній формах. Введення обов'язкового медичного страхування спрямоване на забезпечення населенню можливості в отриманні медичної допомоги на принципах рівності, доступності, мінімальних стандартів. Медичну допомогу надають коштом обов'язкового медичного страхування в обсязі та на умовах, які регламентовані державою у відповідних програмах обов'язкового медичного страхування.

Введення обов'язкового медичного страхування є частиною державної системи соціального захисту населення

та фінансовим механізмом забезпечення додаткових до бюджетних асигнувань коштів на фінансування охорони здоров'я. Слід зазначити, що в сучасних умовах медичне страхування є основним джерелом фінансування охорони здоров'я в межах переходу на одноканальне фінансування медичної допомоги, що надається населенню безкоштовно, через систему обов'язкового медичного страхування. Основні принципи здійснення обов'язкового медичного страхування наведено на рис. 1.

Добровільне медичне страхування дає громадянам можливість отримати додаткові медичні послуги понад гарантії за програмами обов'язкового медичного страхування. Тому організація і функціонування добровільного медичного страхування залежить від структури та обсягу медичної допомоги, яку надають у межах обов'язкового медичного страхування [2, с. 197].

На відміну від обов'язкового медичного страхування, в системі добровільного медичного страхування джерелом внесків є особисті кошти громадян і підприємств. Розміри страхових внесків на добровільне медичне страхування встановлюються під час укладення договору добровільного медичного страхування залежно від обраної програми.

Добровільне медичне страхування є комерційним видом страхування, заснований не на принципі страхової солідарності, а на принципі страхової еквівалентності (коли за договором застрахований отримує медичні послуги в обсягах, за які була сплачена страхова премія). Слід зазначити, що медичні послуги, крім загальних властивостей, притаманних усім послугам, мають специфічні властивості, що також створює певні обмеження (рис. 2).

На сьогодні основною проблемою системи охорони здоров'я та медичного страхування є незбалансованість заявле-

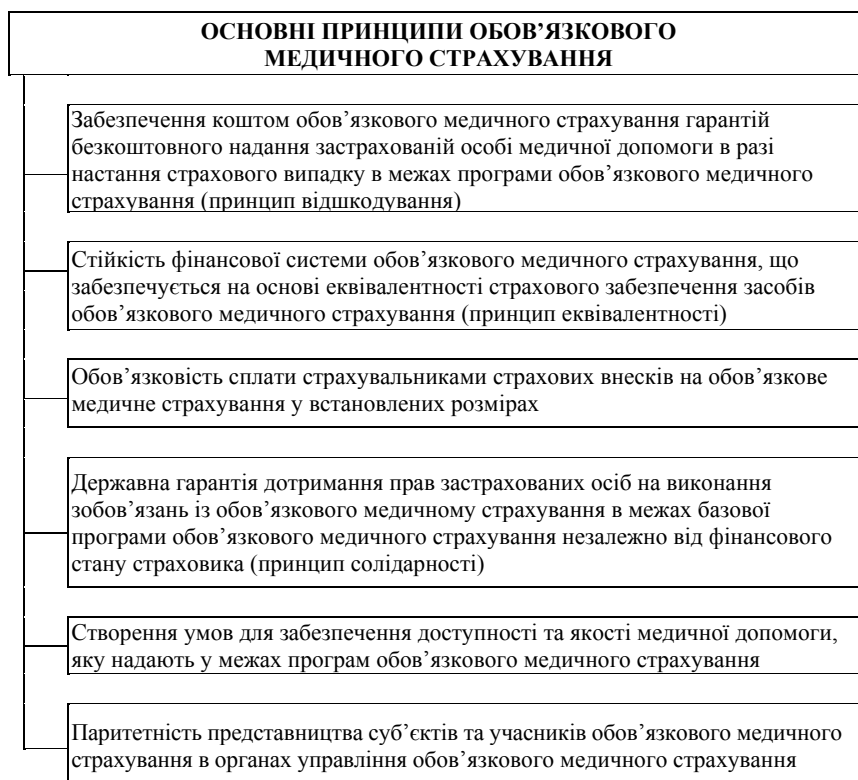


Рис. 1. Основні принципи обов'язкового медичного страхування

Джерело: складено автором самостійно

них державних гарантій медичної допомоги та обсягів їхнього фінансового забезпечення. Незважаючи на щорічне збільшення коштів, що надходять у систему охорони здоров'я населення існує помітний дефіцит фінансування територіальних програм державних гарантій безкоштовного надання медичної допомоги населенню [3, с. 103].

Водночас вагомими проблемами низького рівня розвитку медичного страхування в Україні є такі: неефективна структура та брак територіальної єдності системи обов'язкового медичного страхування; паралельне функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування; відсутність чіткого розмежування платних і безкоштовних медичних послуг у вітчизняній законодавчій базі; скорочення обсягу державного фінансування системи охорони здоров'я; неефективність використання виділених державних фінансових ресурсів.

У 2016 р. середня тривалість життя в Україні становила 71,3 роки, що є достатньо низьким рівнем, порівняно з середнім європейським показником. Україна опинилася серед 36 країн із катастрофічними особистими витратами громадян на здоров'я (понад 25% від доходів домогосподарства). Основною статтею витрат закладів охорони здоров'я є витрати на заробітну плату (71–74% від загальної суми). Тому залишається дуже мало простору для фактичного надання послуг: лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів. Щорічні витрати на ліки в закладах охорони здоров'я складають усього 5–6% від загальної суми витрат [4].

Слід зазначити, що на сьогодні виділяють у світі три основні моделі системи медичного страхування:

1) державна модель – система «одного платника», яка з успіхом функціонує в Франції;

2) модель «керованої конкуренції» у Швейцарії;

3) модель повністю приватної страхової медицини (США).

Наявні в США дві державні програми медичної допомоги – Medicare і Medicaid не можна вважати повноцінною державною системою медичного страхування, оскільки в процесі формування їхніх фондів не використовують страховий принцип (вони отримують дотації з федерального бюджету США безпосередньо).

Державна система охорони здоров'я в Україні побудована на основі командно-адміністративної моделі управління (сис-

темі Семашка), згідно з якою головною метою є забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, а медичну допомогу надають безкоштовно. Проте в Україні установи охорони здоров'я працюють в умовах обмежених ресурсів. У приватній системі охорони здоров'я медичні організації користуються високим ступенем економічної свободи. Ключове значення тут має якість – при високій якості послуг та меншій вартості пацієнти віддають перевагу саме таким установам [5, с. 119].

З метою подолання кризового періоду у вітчизняній системі охорони здоров'я доцільно не лише змінити механізм її фінансування, а й реформувати всю систему. Беручи до уваги необхідність системного підходу під час проведення реформ, вважаємо за доцільне модернізувати механізм медичного страхування шляхом комплексного поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Тому в Україні доцільно розглянути можливості реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи цих двох систем. Також зазначимо, що під час побудови національної системи охорони здоров'я слід врахувати принцип особистої відповідальності населення, виражений у спільній компенсації ризиків. Громадяни можуть одночасно бути як застрахованими, так і страхувальниками, сплачуючи частину страхових внесків власним коштом, що дасть змогу поєднати обов'язкове і добровільне медичне страхування.

На сьогодні особа, яка хоче отримувати медичну допомогу в межах добровільного медичного страхування, платить двічі за одну й ту ж послугу – спочатку з обов'язкового медичного страхування (платить або держава, або роботодавець), потім із добровільного (платить або роботодавець, або сам застрахований). Тому доцільним є визначення базової програми обов'язкового медичного страхування шляхом створення зрозумілого переліку медичних послуг, що надаються громадянам безкоштовно, щоб виключити таке дублювання. Держава має бути зацікавлена в залученні приватної медицини через добровільне медичне страхування до участі в інтегрованій схемі фінансування процесу надання медичних послуг населенню. Сучасну соціальну політику держави слід заснувати не тільки на реалізації програм і концепцій, а й на залученні бізнес-середовища та населення до вирішення соціальних проблем.

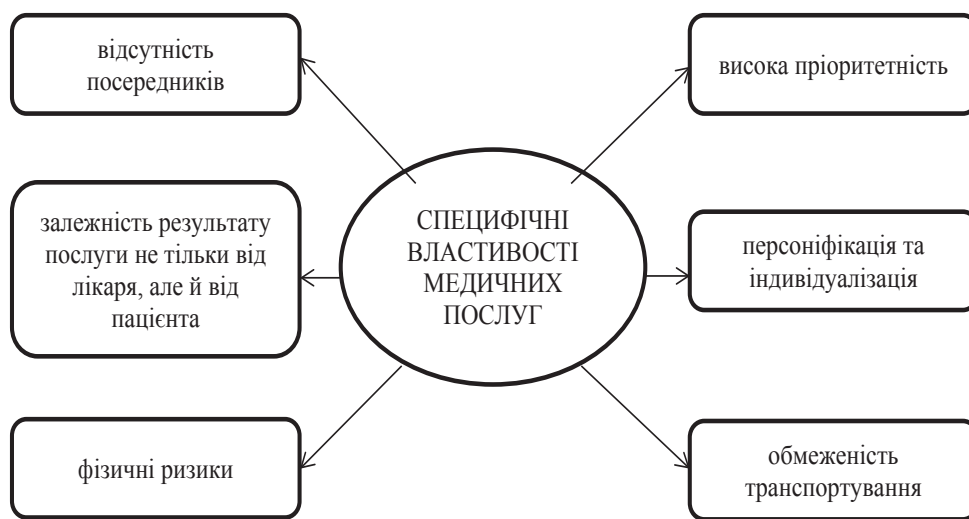


Рис. 2. Специфічні властивості медичних послуг

Джерело: складено автором самостійно

Нині на ринку медичного страхування існують певні проблеми функціонування механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування, які значно ускладнюють реалізацію процесу їхнього злиття. Основними етапами реалізації обов'язкового і добровільного страхування як єдиного комплексу є такі:

- оптимізація тарифів із обов'язкового медичного страхування на базі актуарних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність настання страхових випадків;
  - обґрунтування оптимальної величини страхових внесків на непрацююче населення, пенсіонерів та дітей;
  - впровадження більш прогресивних методів відшкодування витрат медичних організацій із обов'язкового медичного страхування;
  - мотивування населення до здійснення контрольних заходів у сфері охорони здоров'я;
  - встановлення податкових пільг у системі розвитку добровільного та обов'язкового страхування як для страховиків, так і для страхувальників, із метою укладення довгострокових договорів;
  - підвищення страхових тарифів для тих громадян, які бажають користуватися системою державного обов'язкового медичного страхування і звільнення від сплати внесків осіб, які придбали поліс добровільного медичного страхування;
  - виключення можливості подвійної оплати послуг, що надаються за програмами добровільного й обов'язкового медичного страхування;
  - розробка регламентів і єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, визначення кола відповідальності як медичних організацій, так і медичного персоналу.
- Нова сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я повинна передбачати чіткі прозорі гарантії держави щодо

надання медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний розподіл фінансових ресурсів та скорочення неформальних платежів (таблиця 1).

Слід зазначити, що метою державного регулювання страхового механізму є розробка програми мінімальних державних гарантій надання громадянам медичної допомоги. Програма державних гарантій повинна бути чітко визначена і збалансована з фінансовими можливостями держави.

При цьому розрахунок вартості програми доцільно проводити за ринковою вартістю медичної послуги і відповідно до цього визначати мінімальний набір медичних послуг. Тільки під час виконання цієї умови можлива диференціація нормативів фінансування програми обов'язкового медичного страхування з встановленням лімітованого розміру ставки страхових внесків за працююче населення. Безперечно, обов'язком держави є страхування непрацюючого населення, надання податкових пільг для працюючого населення, що здійснює страхові внески на обов'язкове та добровільне медичне страхування.

У 2017 р. розпочався перехід на страхову модель системи охорони здоров'я в Україні. На підготовчому етапі фінансування системи охорони здоров'я передбачено такі реформи: визначення обсягу та структури Державного гарантованого пакету медичних послуг; перехід постачальників медичних послуг на постачання послуг за контрактами; створення інституційних та правових умов для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам; практичне використання нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя; створення інструментів електронної охорони здоров'я для збору й обробки медичних, фінансових та управлінських даних; оновлення програмної класифікації видатків бюджету на охорону здоров'я.

Таблиця 1

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України [6]

Напрями реформ	Характеристика	Результат від реформи
Державний гарантований пакет медичних послуг	Замість декларації про надання всієї медичної допомоги безоплатно держава бере чітке зобов'язання надавати визначений обсяг медичних послуг. Медичні послуги в межах гарантованого пакету надають постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника	Обмежені ресурси ідуть на гарантовані медичні послуги, зменшуються неформальні платежі, зростає якість медичної допомоги, взаємна відповідальності пацієнтів та лікарів.
Єдиний національний замовник медичних послуг	У системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів – розмежування функцій замовника та постачальника послуг. Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт	На ринку медичних послуг з'являється конкуренція, запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником послуг. Публічні кошти витрачаються ефективніше. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря, зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів
Нові механізми оплати медичних послуг (принцип «гроші йдуть за пацієнтом»)	Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування, переходячи до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам	З'являються стимули для медичних закладів підвищувати якість та ефективність. Зростають доходи медичних працівників
Посилення ролі громад	Громади є в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг. Держава в ролі закупівельника гарантованого для кожного громадянина обсягу послуг	Стосунки між державною, громадою та пацієнтами стають більш здоровими. Чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їхніх ролей. Децентралізоване управління медичними закладами

**Висновки.** Отже, зазначимо, що фінансова стабільність системи обов'язкового медичного страхування залежить від стану економіки країни. Уповільнення темпів економічного зростання негативно впливає на рівень фінансової забезпеченості національної системи охорони здоров'я, а значить і на показники здоров'я населення. Тому рекомендуємо модернізувати механізм медичного страхування шляхом реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи обов'язкового та добровільного страхування. Водночас при чіткому встановленому розмежуванні платних і безкоштовних медичних послуг програми добровільного медичного страхування стануть дешевшими та отримають регламентований порядок взаємодії з обов'язковим медичним страхуванням, а сфера охорони здоров'я загалом отримає додаткові фінансові кошти. Також пропонуємо здійснити заходи щодо податкового стимулювання в системі медичного страхування, які містять чотири основні форми податкових пільг: вилучення, податкові знижки, звільнення, зміна терміну сплати податку.

#### *Література:*

1. Гомон Д.О. Обов'язкове медичне страхування як альтернатива бюджетному фінансуванню сфери охорони здоров'я / Д.О. Гомон // Південноукраїнський правничий часопис. – 2014. – № 1. – С. 102–104.
2. Манжосова О.В. Окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні / О.В. Манжосова // Європейські перспективи. – 2012. – № 2(1). – С. 195–199.
3. Федорович І.М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні / І.М. Федорович // Економіка та сучасний менеджмент : теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку: збірник тез наукових робіт учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 10–11 лютого 2017 р.) / ГО «Центр економічних досліджень та розвитку». – О. : ЦЕДР, 2017. – С. 101–105.
4. Фінальна редакція Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/327094>.
5. Ходаківська В.П., Котвіцька А.А., Коробова Є.С. Историчні аспекти розвитку медичного страхування в Україні / В.П. Котвіцька, А.А. Коробова, Є.С. Ходаківська, О.А. Пастухова // Запорозький медичний журнал. – 2012. – № 5. – С. 116–119.
6. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України (підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України, лютий 2016 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/docfiles/pre\\_20160205\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf).

#### **Федорович І.М. Теоретические и практические основы реализации медицинского страхования в Украине**

**Аннотация.** В статье рассмотрены функции и принципы формирования механизма финансирования системы медицинского страхования в современных условиях. Исследовано современное состояние медицинского страхования в Украине. Раскрыты основные проблемы действующей системы медицинского страхования в Украине и предложены пути реформирования в контексте повышения ее результативности и эффективности.

**Ключевые слова:** страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, здравоохранение, модель финансирования здравоохранения.

#### **Fedorovych I.M. Theoretical and practical principles of the health insurance implementation in Ukraine**

**Summary.** Functions and principles of formation of the mechanism of financing of the health insurance system in the modern world are considered. Current condition of health insurance in Ukraine is studied. Basic problems of the current system of health insurance system in Ukraine are broken down and ways of its reforming in context of increasing its effectiveness and efficiency are offered.

**Keywords:** insurance, compulsory insurance, voluntary medical insurance, health care, model of health care financing.