



Отримано: 11 квітня 2019 р.

Прорецензовано: 22 квітня 2019 р.

Прийнято до друку: 27 квітня 2019 р.

e-mail: uliyash@ukr.net

DOI: 10.25264/2311-5149-2019-13(41)-75-80

Шевчук Ю. В. Особливості узгодженості обов'язкового і добровільного страхування в системі фінансового забезпечення медичного страхування. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, червень 2019. № 13(41). С. 75–80.

УДК: 369.06

JEL- класифікація: G2.22

Шевчук Юлія Василівна,*кандидат економічних наук, старший викладач кафедри фінансових ринків,
Університет державної фіскальної служби України*

ОСОБЛИВОСТІ УЗГОДЖЕНОСТІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО І ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті досліджено особливості узгодженості обов'язкового і добровільного страхування в системі фінансового забезпечення медичного страхування. Доведено доцільність розроблення «Програми державного медичного страхування» як найбільш перспективного способу підвищення якості надання медичних послуг населенню. Обґрунтовано умови, джерела фінансового забезпечення, фінансово-економічну основу й організаційний механізм реалізації цієї програми. Надано рекомендації щодо сумісності «Програми державного медичного страхування» та чинного Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що становить сучасну медичну реформу. Схематично відображено процес управління фінансовими потоками в ході розвитку медичного страхування. Виокремлено особливості розвитку обов'язкового медичного страхування як системи, що самостійно неспроможна повністю задовольнити потреби населення в медичному забезпеченні. Розглянуто добровільне медичне страхування як доповнювальну ланку до обов'язкового медичного страхування, що здатна забезпечити застрахованому гарантії щодо повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних зі зверненням до медичної установи за послугою, наданою в межах програми добровільного медичного страхування.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, охорона здоров'я, бюджет, дефіцит, страхові компанії.

Шевчук Юлія Васильевна,*кандидат экономических наук, старший преподаватель кафедры финансовых рынков,
Университет государственной фискальной службы Украины*

ОСОБЕННОСТИ СОГЛАСОВАННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье исследованы особенности согласованности обязательного и добровольного страхования в системе финансового обеспечения медицинского страхования. Доказана целесообразность разработки «Программы государственного медицинского страхования», как наиболее перспективного способа повышения качества предоставления медицинских услуг населению. Обоснованы условия, источники финансового обеспечения, финансово-экономическую основу и организационный механизм реализации данной программы. Даны рекомендации по совместимости «Программы государственного медицинского страхования» и действующего Закона Украины «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения», который представляет собой современную медицинскую реформу. Схематично отражен процесс управления финансовыми потоками в ходе развития медицинского страхования. Выделены особенности развития обязательного медицинского страхования, как системы, самостоятельно не способна полностью удовлетворить потребности населения в медицинском обеспечении. Рассмотрены добровольное медицинское страхование, как дополняющую звено к обязательному медицинскому страхованию, которая способна обеспечить застрахованному гарантии полной или частичной компенсации страховиком дополнительных расходов, связанных с обращением в медицинское учреждение за услугой, предоставляемой в рамках программы добровольного медицинского страхования.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, здравоохранение, бюджет, дефицит, страховые компании.

Yuliia Shevchuk,*PhD, senior lecturer on Financial Markets Department, University of State Fiscal Service of Ukraine*

CONSISTENCY FEATURES OF COMPULSORY AND VOLUNTARY INSURANCE IN SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE FINANCIAL PROVISION

In article we analyzed the consistency features of compulsory and voluntary insurance in the system of medical insurance' financial provision. The author proved the feasibility of development of "The Program of State Medical Insurance" as the most perspective way to increase the quality of public healthcare services. The conditions, sources of financial support, financial and economic basis and organizational mechanism of implementation of this program are substantiated. The proposals on the compatibility of "The Program of State Medical Insurance" and State Law "On State Financial Guarantees of Public Medical Services" that defines the modern medical reform in Ukraine are made. The process of financial flows management during the development of health insurance is schematically illustrated. The features of the development of compulsory medical insurance as a system that can not fully satisfy the needs of the population in medical care are singled out. Voluntary health insurance is considered as a supplementary link to compulsory health insurance that can provide to an insured person guarantees of full or partial compensation by the insurer of additional costs that arises while applying for a health service that is provided under a voluntary health insurance program.

Key words: compulsory medical insurance, voluntary medical insurance, healthcare, budget, deficit, insurance companies.

Постановка проблеми. В умовах проведення сучасної медичної реформи, яка фактично розпочата з ухваленням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» особливої актуальності набуває проблема узгодженості між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням. До вагомих проблем фінансового забезпечення медичного страхування також варто віднести зорієнтованість на фінансування медичних закладів, а не на конкретні потреби населення в медичних послугах; недостатню привабливість медичного страхування для страховиків через великі виплати; невиконання планових показників фінансування державних медичних програм за загальної недостатності обсягів державного фінансування та його розпорошеності; децентралізовану систему розподілу бюджетних коштів, де виділення коштів місцевим бюджетам через субвенції формує умови для їх дезінтеграції; збереження дублювання напрямів фінансування окремих медичних установ різного рівня, що призводить до неефективного використання наявних ресурсів; значну частку тіньових виплат за медичні послуги від населення у формі благодійних (добровільних) внесків. Тому для вирішення всіх вищезазначених проблем потрібно переглянути функції медичних установ і державних органів щодо впливу на фінансові потоки, налагодити і скоординувати їхню взаємодію зі страховиками.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розвиток обов'язкового і добровільного страхування в системі фінансового забезпечення медичного страхування перебуває в полі зору багатьох науковців, серед яких: В. Базилевич, О. Богомолець, О. Залетов, Б. Сташків, Дж. Кутзін, І. Плакіна, С. Онишко, О. Плиса, Г. Керрін, О. Кнейслер, Т. Стецюк, І. Чкан. Вони зробили вагомий внесок у вивчення особливостей взаємодії обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Однак, незважаючи на здобуті результати, у науковій літературі бракує досліджень, які б комплексно охоплювали проблематику фінансового забезпечення медичного страхування з погляду узгодженості між обов'язковим і добровільним страхуванням. Це можна проаналізувати, розглянувши законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Мета і завдання дослідження. Мета статті – дослідити стан узгодженості фінансового забезпечення обов'язкового і добровільного медичного страхування крізь призму нормативно-правових актів України; з'ясувати потребу та розробити Програму державного медичного страхування на основі порівняння особливостей обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Виклад основного матеріалу. В умовах постійного дефіциту бюджету в Україні потрібна концентрація коштів на пріоритетних напрямках, до яких, на нашу думку, на поточному етапі належить упровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Замість реалізації великої кількості бюджетних програм, яких не фінансують у повному обсязі, важливо сконцентруватися на нагальному завданні – гарантувати громадянам якісну й безоплатну медичну допомогу (медичні послуги) та забезпечити її оплату за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Реалізувати це завдання можна шляхом розроблення і реалізації Програми державного медичного страхування, яка повинна містити:

- вихідні та цільові показники стану галузі охорони здоров'я;
- показники ефективності діяльності медичних установ;
- обсяги їх фінансування за рахунок бюджетних коштів і внесків у межах обов'язкового медичного страхування;
- заходи щодо підвищення ефективності роботи установ охорони здоров'я;
- перелік медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, які заклади охорони здоров'я надають застрахованим особам за рахунок здійснених страхових виплат і безкоштовно (за рахунок бюджету);

– перелік захворювань і станів хворих та категорій громадян, яким безкоштовно надають медичну допомогу.

В основу цієї програми варто покласти принципи, прописані в законопроекті «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування». Їх зміст полягає в такому [4]:

1) страхові внески поширюються на всіх громадян, однак перераховані ресурси використовують тільки в разі звернення за медичною допомогою;

2) усі застраховані громадяни мають однакові права на отримання якісної медичної допомоги в однаковому обсязі, проте внески до страхового фонду залежать від обсягу особистих доходів.

Обов’язковою умовою успішної реалізації цієї програми є вдосконалення нормативно-законодавчої бази фінансування первинної медичної допомоги в частині розроблення стандартів медичної допомоги, уточнення поняття «медична послуга», запровадження прискореної процедури ліцензування медичних практик, спрощення державних санітарних правил і норм для відкриття медичних практик і гармонізація їх із європейським законодавством, скасування паперової звітності.

Джерелом фінансового забезпечення Програми державного медичного страхування є страхові внески, що надходять від роботодавців або інших суб’єктів – страхувальників, кошти бюджету, місцевих бюджетів, спрямовані на фінансування первинної медико-санітарної, швидкої, спеціалізованої, зокрема високотехнологічної і паліативної допомоги населенню, а саме:

– страхові внески громадянина та кошти з бюджету, що надходять від загальної системи оподаткування;

– акумулювання коштів у страховому пулі і/або в спеціальному фонді чи державному бюджеті;

– оплата за страховий випадок конкретного пацієнта з бюджету на засадах роботи страхової системи.

Фінансово-економічною основою Програми державного медичного страхування мають бути нормативи обсягу і якості медичних послуг, на основі яких відбувається фінансово-економічне обґрунтування подушних нормативів фінансового забезпечення для формування регіональних програм медичної допомоги. Для цього потрібно розробити:

– середні нормативи обсягу медичних послуг,

– середні нормативи фінансових витрат на одиницю обсягу медичної послуги,

– середні подушні нормативи фінансування (на основі перших двох),

– порядок формування і структуру тарифів на медичну послугу та способи її оплати,

– вимоги до державних регіональних програм у царині надання громадянам медичних послуг.

Щодо організаційного механізму реалізації Програми державного медичного страхування, то його основою може бути модель сімейної медицини європейського зразка, створена на базі чинної системи охорони здоров’я (поліклініки, амбулаторії) в Україні та згідно з проектом Закону «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» № 4981 [4]. Ці засади передбачають, що лікарі первинної ланки можуть обрати будь-яку організаційну форму роботи – ФОПи, поліклініки, амбулаторії тощо. Технічним оператором перерахування бюджетних коштів на виконання Програми державного страхування може бути уповноважений державний банк, що працюватиме за схемою «податки – бюджет – агенція», не володіючи, а лише скеровуючи потоки коштів – сплачуючи лікарям і медичним закладам за надання конкретних послуг конкретним пацієнтам. На разі, якщо сімейний лікар вирішить розпочати приватну практику, кошти можуть надходити на його рахунок прямо за подушним нормативом залежно від кількості укладених із лікарем угод і дотримання медичних протоколів лікування та діагностики хворих [6].

Програму державного медичного страхування треба впроваджувати поступово, відповідно до етапів, передбачених чинною медичною реформою, проте з розширеною участю страховиків. Але в ході розширення страхового складника в системі фінансування сфери охорони здоров’я має зміцнитися роль страховиків. Вони повинні набути низки повноважень щодо впливу на умови надання медичної допомоги, зокрема:

– вибір постачальників медичних послуг (право відмовляти в укладенні договору з постачальниками неякісних медичних послуг);

– визначення і контроль за дотриманням умов взаємодії з постачальниками медичних послуг (право на узгодження індивідуальних тарифів і графіків оплати медичної допомоги, право на внесення в договір із медичною організацією умов, що встановлюють можливість заохочення або застосування санкцій до медичної організації за результатами оцінки споживачів (пацієнтів), контролю за якістю наданої медичної допомоги за реалізованими договорами добровільного медичного страхування);

– визначення умов взаємодії зі застрахованими особами (зміна умов страхування в установлених законодавством межах у разі виконання визначених умов договору, наприклад, зниження рівня обов’язкових внесків за умови регулярного проходження диспансеризації).

На першому етапі громадяни мають вибрати сімейного лікаря та обов'язково укласти з ним договір обов'язкового медичного страхування. Технічним завданням цього етапу є визначення тарифів на медичні послуги з урахуванням коефіцієнтів ризику за статтю та віком, а також залежно від регіону. Крім того, доцільно розробити можливі варіанти ефективного поєднання двох програм страхування (обов'язкове та добровільне медичне страхування) для населення, щоб забезпечити вищий рівень медичного захисту.

Другий етап – укладення страховиками контрактів із постачальниками медичних послуг (державними або приватними медичними установами). Нині законодавство передбачає, що первинну медичну допомогу надають лише центри первинної медико-санітарної допомоги, через які проходять усі кошти. Натомість варто розширити повноваження приватних медичних установ, з якими співпрацюватимуть страхові компанії.

На цьому етапі потрібно приділити увагу підвищенню стійкості страхових компаній через покращання якості їхніх активів та зниження частки сумнівних активів. В умовах невинної девальвації та загрози девальвації валюти насамперед треба мінімізувати валютні ризики та дотримуватися пропорційності не лише між обсягом активів і зобов'язань страхової компанії з урахуванням забезпечень, а й між їх валютною структурою, не допустити перевищення валютних вкладень величиною 20–25% страхових резервів, а також обмежити страховикам укладання договорів страхування в іноземній валюті.

Очевидно, що страхові компанії віддаватимуть перевагу угодам добровільного медичного страхування, а громадяни навпаки прагнутимуть до дешевшого обов'язкового медичного страхування. Посилити зацікавленість страховиків у раціональному використанні коштів, що надходять на цілі обов'язкового медичного страхування можливо шляхом:

- запровадження порядку фінансування страхових організацій на основі диференційованого подушного нормативу без відшкодування наднормативних витрат за результатами певного періоду (як правило, року);
- передачі страховим організаціям частини повноважень щодо формування, розміщення та використання страхових резервів;
- посилення відповідальності страхових організацій за фінансовий результат без відшкодування збитків або вилучення прибутку за підсумками періоду.

Стимулювати застрахованих громадян до добровільного медичного страхування можна шляхом установлення індивідуальних умов страхування (диференційовані ставки страхового внеску) або додаткових платежів залежно від виконання застрахованими певних умов (проходження диспансеризації, виконання рекомендацій зі збереження і відновлення здоров'я, регулярне обстеження тощо). Одним із доцільних заходів може бути дозвіл фізичним особам уносити суму страхових внесків, сплачених за програмами добровільного медичного страхування, до податкового кредиту, що потребує внесення змін до ст. 166 Податкового кодексу України в обсязі граничної річної суми витрат на добровільне медичне страхування, визначену у відсотках від сукупного доходу (не більше 4 %). Такий захід сприятиме розвитку добровільного медичного страхування і допоможе знизити відносні витрати громадян на медичне страхування.

Принципово зазначити, що реалізація Програми державного медичного страхування передбачає модернізацію системи фінансування державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги. Ухвалений нині Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3] залишає їх неконкретними, з розмитими межами безоплатної та платної допомог через чіткий перелік медичних послуг, їх вартості тощо. Тому фінансові кошти держави щодо надання безкоштовної медичної допомоги будуть використовувати неефективно. Така система фінансування гарантій не здатна стати надійною основою для розвитку медичного страхування, переходу до фінансування медичних установ відповідно до їх результатів, підвищення мотивації медичних працівників і досягнення оптимального поєднання державних і приватних джерел фінансування охорони здоров'я.

Державні гарантії надання стандартного пакета медичних послуг повинні бути систематизовані за видами, обсягами, порядком та умовами їх надання, що сформує основу для ув'язування обсягу гарантій з наявними фінансовими ресурсами. Зокрема в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років уже передбачено існування «Універсального нестрахового пакета». Згідно з нормами ухваленого закону, це так званий «зелений список», що містить профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансує держава незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян і «Державного страхового пакета», за допомогою якого держава забезпечує медичне страхування для вразливих верств населення в межах наявних ресурсів [2, с. 28–29].

Отже, основою ефективного фінансування системи державних гарантій є розвиток системи медичних стандартів для визначення переліку і вартості медичних послуг щодо лікування хвороб, безкоштовне лікування яких забезпечує держава. Їх перелік треба постійно оновлювати відповідно до розвитку медичних технологій і стану медицини, зміни цін. Своєю чергою, медичні стандарти дадуть змогу:

- визначити необхідний обсяг фінансування державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів;
- запровадити систему направлень, які надають лікарі первинної ланки для отримання основної частини спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах; за відсутності направлення або санкції страховика послуги оплачуватимуть за повною вартістю;
- уведення механізму доплат пацієнтів у межах державних програм надання безкоштовних (або за пільговими цінами) лікарських засобів під час лікування в амбулаторних умовах. Пацієнт, який має право на пільгове забезпечення, оплачує різницю між середньою ціною і ціною необхідних йому ліків.

На жаль, варто констатувати, що технічна база для розроблення цих стандартів нині відсутня, тому пропонуємо найбільш оптимальний механізм управління фінансовими потоками в процесі розвитку медичного страхування (рис. 1.).

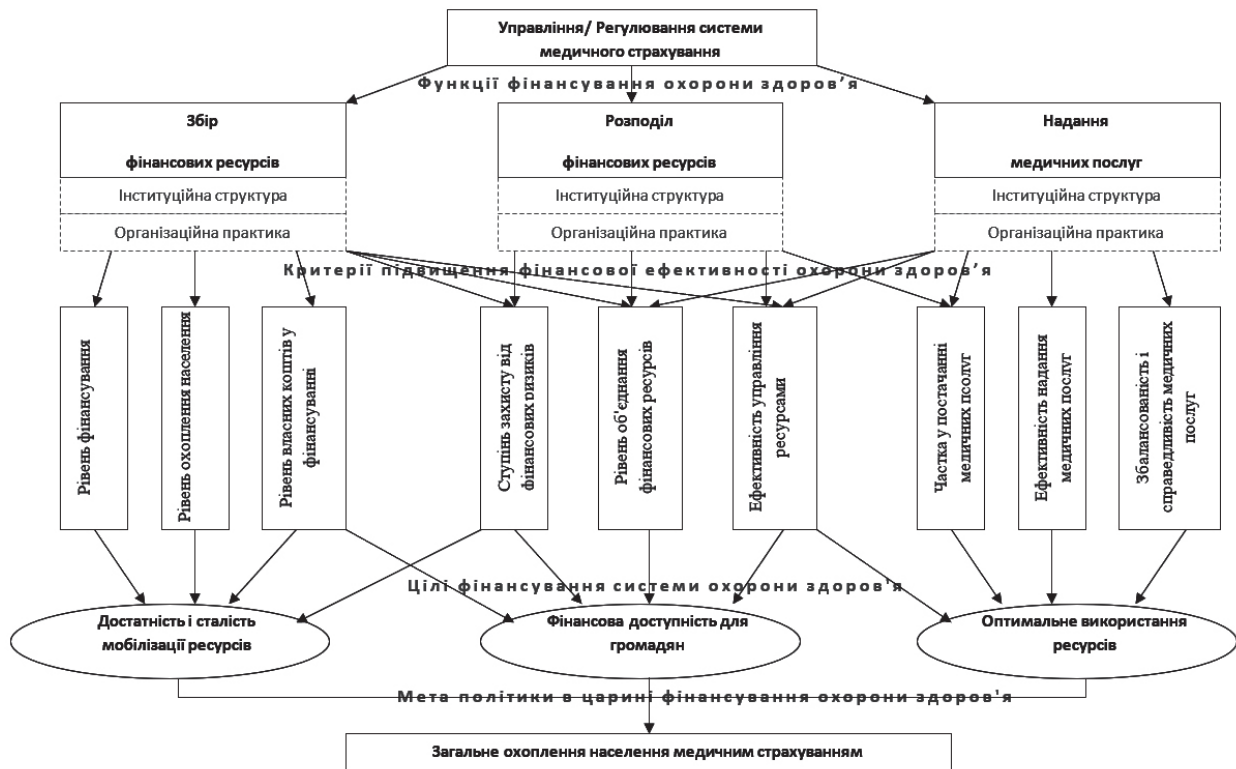


Рис. 1. Управління фінансовими потоками в процесі розвитку медичного страхування

Джерело: склала авторка на основі [7, с. 4–20].

Також, очевидно, що система обов'язкового медичного страхування самостійно не спроможна повністю задовольнити потреби населення в усьому спектрі медичних послуг, що формує потребу розвитку приватного добровільного медичного страхування. На наш погляд, обов'язкове медичне страхування буде забезпечувати широту надання медичних послуг, а добровільне медичне страхування – підвищення їх якості, оскільки у формі полісів добровільного медичного страхування можливо отримати (й оплатити) медичні послуги понад програми обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування покликане забезпечити застрахованому гарантії щодо повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних зі зверненням до медичної установи за послугою, наданою в межах програми добровільного медичного страхування [1].

Перевагою добровільного медичного страхування є висока економічна відповідальність і вмотивованість як медичної установи, так і страховика у наданні якісної медичної послуги, що полягає в такому. У межах добровільного медичного страхування до функцій страхових організацій належить не лише виплата страхового відшкодування в разі настання страхового випадку у вигляді оплати рахунків закладів охорони здоров'я за надані медичні послуги, але й контроль за дотриманням стандартів надання медичної послуги, організацію медичної допомоги; захист інтересів у випадку надання неякісної медичної допомоги. Це має низку позитивних ефектів, що дозволяє:

- суттєво розширити обсяги й поліпшити умови надання населенню окремих видів медичної допомоги (профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної);

– підвищити кваліфікацію лікарів, тому що рівень якості медичних послуг передбачає високий рівень оплати лікарів;

– розширити вибір лікарів-спеціалістів, а також медичних установ для отримання необхідної допомоги; забезпечити кращі умови лікування як у лікарні, так і вдома тощо.

На практиці не існує якоїсь однозначно правильної системи фінансування охорони здоров'я та медичного страхування. Перед початком такого реформування в Україні треба сформулювати чітке розуміння переваг і недоліків чинної системи, а досвід країн, у яких реформа медичного страхування вже відбулася або продовжується, надає уявлення про підходи, напрями вдосконалення, інструментарій, проблеми, які виникають у ході реформ, та спрямованість заходів щодо їх усунення [5].

Успішність будь якої реформи залежить від сприйняття її суспільством, особливо в такій суспільно значущій галузі, як охорона здоров'я. Тому на поточному етапі важливо активно рекламувати та роз'яснювати ключові положення медичної реформи й корисність медичного страхування для широких верств населення, проводити низку заходів щодо підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів, насамперед, управлінської ланки – страховиків, адміністраторів у галузі охорони здоров'я, голів департаментів охорони здоров'я, головних лікарів, громадських організацій тощо. Не менш важливо цілеспрямовано підвищувати рівень управлінської культури в царині медичного страхування і охорони здоров'я, формувати вміння застосовувати сучасні підходи в управлінні, формуванні політики та фінансовому аналізі галузі та передбачати нові освітні програми для управління бізнес-процесами в галузі охорони здоров'я, посилити акцент на формування управлінських навичок у майбутніх лікарів. Це передбачає проведення спільних тренінгів для страховиків та медиків (лікарів і менеджерів у галузі охорони здоров'я) для навчання новим принципам організації роботи медичного закладу та його співпраці зі страховими організаціями; а також для суспільства – для роз'яснення принципів захисту прав пацієнтів і методів контролю за якістю надання послуг і недопущення корупції, зокрема під час страхових виплат.

Висновки. Узгоджений розвиток обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування є основним напрямом удосконалення фінансового забезпечення медичного страхування в Україні. Реформування фінансування медичного страхування має відбуватися на основі бюджетного фінансування, але у формі Програми державного медичного страхування за цілеспрямованого впровадження добровільного медичного страхування як додаткового (комплементарного джерела) фінансування охорони здоров'я. Уряд має здійснювати подальші кроки на основі моніторингу динаміки їх часток: по мірі зменшення частки державного фінансування має збільшуватися частка обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування до досягнення запланованих величин їх фінансування.

Література:

1. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: концепція схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р., № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p>.
2. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р., № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
4. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проект Закону України від 2 серпня 2016 року № 4981-II. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1pf3511=59862.
5. Регулятивний потенціал фінансового ринку в умовах глобальних викликів: монографія / за заг. ред. д.е.н., професора С. В. Онишко. Ірпінь: Видавництво Національного університету ДПС України, 2016. 452 с.
6. Український варіант медичного страхування: перше знайомство. URL: <https://www.gbb.com.ua/article/418-qqq-16-m10-31-10-2016-ukranskiy-varant-medichnogo-strahuvannya-pershe-znayomstvo>.
7. Carrin G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. *World Health Report Background Paper*. 2010. № 36. 26 p. URL: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/36Institutional.pdf>.
8. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. *Health financing policy paper*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. 36 p.