

УДК 364.32:346

Є.В. Дяченко, асп.

РОЗВИТОК БЮДЖЕТНОЇ ТА СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

В статті досліджено виникнення та еволюція бюджетної та страхової медицини розвинутих країн та досвід їх ефективного впровадження в Україні.

Ключові слова: страхова медицина, медично-соціальне страхування, бюджетно-страхова медицина.

В статье рассматривается возникновение и эволюция бюджетной и страховой медицины развитых стран, а также опыт их эффективного использования в Украине.

Ключевые слова: страховая медицина, медико-социальное страхование, бюджетно-страховая медицина.

The article explores origin and evolution of the budget and health insurance experience of developed countries and their effective introduction in Ukraine.

Keywords: medical insurance, medical-social insurance, medical-budget insurance.

Формування системи бюджетної та страхової медицини – неодмінний атрибут соціальної політики будь-якої цивілізованої держави. Її організація має на меті гарантувати забезпечення певних стандартів рівня і якості життя населення на основі принципів: справедливості доступу та фінансування, захисту від соціального ризику [3, 12]. В умовах соціально-орієнтованої ринкової економіки соціальні ризики виявляються як у втраті заробітку за причини непрацездатності, так і у втраті гарантованих суспільством мінімальних життєвих стандартів якості життя. Форми прояву соціальних ризиків досить різноманітні і включають хвороба, травму, вагітність і пологи, догляд за дитиною, інвалідність, старість та інше.

В даний час Україна знаходиться в процесі реформування системи бюджетно-страхової медицини, що має велике значення для побудови громадянського суспільства. На цьому шляху можна уникнути багатьох серйозних прорахунків і помилок, якщо використовувати накопичений світовий досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я. Як показує практика економічно розвинених країн, чії системи бюджетної та страхової медицини створювалися в умовах важких економічних криз, соціальні реформи найбільш ефективні саме в той час, коли вони супроводжують важливі економічні перетворення [4].

Найбільша увага зарубіжних вчених і політиків в даний час зосереджена на пошуку шляхів удосконалення організаційних форм і методів фінансування охорони здоров'я, пов'язаних з побудовою ефективної системи керованої медичної допомоги, раціонального використання ресурсів, а також забезпечення доступності та підвищення її якості. При цьому велике значення має досягнення балансу між економічною і соціальною складовими національних систем охорони здоров'я, який дозволив би уникнути серйозного конфлікту між ними і забезпечити еволюційний інтегративний розвиток різних організаційно-правових форм і методів управління ними [5]. Тому розгляд бюджетної та страхової медицини в розвинутих країнах та їх функціонування є питанням надзвичайно актуальним.

Дану проблему досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені, серед яких можемо виділити наступні: Базилевич В.Д., Антропов В.В., Брюханова Н., Лиснер Л., Весс Й., Швейцар В.Я.

Метою статті є розгляд та детальне вивчення еволюції бюджетної та страхової медицини в розвинутих країнах та запровадження ефективної системи в Україні.

Бюджетно-страхова медицина – складний в інвестиційному відношенні сектор економіки [1]. За рівнем і методом організації і фінансування охорони здоров'я можна виділити дві системи: державна (бюджетна) і страхова (ринкова) медицина.

У системі бюджетної медицини організаційно-фінансові відносини характеризуються встановленням

монопольного, централізованого характеру фінансування та управління медичним обслуговуванням. Держава регламентує види, характер і обсяги медично-соціальної допомоги населенню. Пряме фінансування допомоги здійснюється з бюджету, який формується шляхом збору податків.

Перехід до страхової медицини обумовлений специфікою ринкових відносин в охороні здоров'я [2]. Страхування дозволяє людині зівстати необхідні витрати на охорону здоров'я зі станом власного здоров'я. Співставити потреби медично-соціальної допомоги і можливість її отримання необхідно незалежно від того, ким виробляються витрати: громадянами, підприємством або суспільством в цілому.

Страхова медицина в широкому розумінні – нова форма товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, де в якості товару використовується оплачувана конкретна медична послуга, а "покупцеві" (пацієнтові) гарантується, необхідна кількість і якість медичної допомоги [11].

Формування фондів фінансування охорони здоров'я за страховим принципом має свої переваги в порівнянні з традиційним бюджетним фінансуванням. Перш за все, це цільове фінансування: внески йдуть не в загальний бюджет, а безпосередньо на потреби медицини, забезпечуючи учасникам страхових програм тверду гарантію повернення цих коштів. Втрачається властива загальним податковим надходженням безадресність і анонімність. Охорона здоров'я в меншій мірі конкурує з іншими статтями державного бюджету, тому знижується ймовірність того, що медично-соціальні програми стануть жертвою зміни бюджетних пріоритетів. Основні положення страхової (ринкової) медицини включають [10]:

➤ забезпечення фінансування в основному за рахунок внесків роботодавців (що включаються до собівартості продукції) і за рахунок працівників (утримуються з їхньої зарплати);

➤ формування цільового податку на основі страхових внесків та здійснення страхових виплат у відповідності як з ризиком, так і з індивідуальним доходом;

➤ встановлення прямої залежності розміру і якості страхових послуг від розмірів страхових внесків.

Системи з бюджетним фінансуванням за рахунок податків тягнуть менші витрати по управлінню на макrorівні і, як правило, забезпечують більш рівний доступ. З іншого боку, їх фінансування залежить від показників діяльності економіки в цілому, що може призвести до серйозного недофінансування у період тривалої нестабільності [8].

Якщо проаналізувати існуючий світовий досвід побудови національних систем охорони здоров'я, то проглядається макет більш-менш універсальної системи, яку називають "бюджетно-страхова медицина" [7]. У ній знаходять своє місце принципи і методи державного фінансування

та регулювання системи охорони здоров'я з одночасним збереженням переваг страхової медицини.

Оплата медичної допомоги здійснюється з бюджету і страхових фондів, що формуються з податків та страхових внесків підприємств і громадян. При цьому акумульовані фонди перебувають під контролем держави і є частиною державних фінансів. Уряди здійснюють загальне управління галуззю, керуючись громадськими цілями і пріоритетами.

Розглядаючи бюджетно-страхову медицину як основний елемент соціального захисту населення, логічно визначати в якості її основних ланок рівні і методи управління соціальними ризиками, характер перерозподілу національного доходу з метою компенсації або запобігання соціально-економічного збитку [8].

При цьому до основних механізмів управління страховим ризиком належать:

➤ Поглинання ризику – пряма фінансова компенсація наслідків соціальних ризиків залежно від їх тяжкості встановлюваних розмірів соціальних гарантій;

➤ Розподіл ризику – страхування, що забезпечує компенсацію ризику пропорційно участі кожної людини в формуванні коштів соціального захисту;

➤ Попередження ризику – зниження або усунення дії ризику за рахунок збереження та підтримки досягнутого рівня здоров'я, трудового потенціалу, як основного джерела рівня і якості життя.

Історія виникнення і розвитку різних форм та інструментів соціального захисту в зарубіжних країнах досить складна і мало вивчена. До другої половини ХХ ст. паралельно і ізольовано один від одного розвивалися окремі види соціальної та медичної допомоги, що представлени державним соціальним піклуванням, церковною благодійністю та організованою взаємодопомогою.

Періодизація етапів еволюції систем соціального захисту населенню як атрибуту соціального захисту наведена в табл.1.

Таблиця 1. Періодизація етапів еволюції систем соціального захисту

| Етап | Характеристика | Модель |
|--------------------------------|--|---|
| I етап (18-19 ст.) | Нерозвиненість державних механізмів | Державна соціальна опіка, благодійність, організована взаємодопомога |
| II етап (кінець 19 ст.) | Початок індустріалізації, укріплення державних інститутів | Введення обов'язкових форм взаємного страхування з фінансовою участю приватного сектору і держави |
| III етап (1-а половина 20 ст.) | Становлення громадянського суспільства, інтенсивний розвиток економіки, фінансово-кредитних відносин | Державне страхування на принципах соціальної солідарності |
| IV етап (2-а половина 20 ст.) | Ускладнення структури ринкової економіки | Відродження добровільного страхування |

Як видно з таблиці 1, соціальний захист громадян та доступ до медично-соціальної допомоги спочатку були функцією держави і фінансувалися за рахунок створення системи державного соціального та медичного забезпечення.

Держава з метою досягнення соціальної стабільності за рахунок коштів бюджету прагне гарантувати всім своїм членам: виплату допомоги на утримання дітей, на випадок хвороби, забезпечення непрацездатних громадян пенсіями, допомогою, медичним обслуговуванням.

Під системою страхової медицини мається на увазі система заходів, що забезпечують мінімально необхідний дохід замість фінансового збитку у зв'язку з настанням певних обмежених подій.

Пік розвитку страхової медицини припав на 1960-і рр., коли багато держав прийняли самі високі зобов'язання щодо забезпечення комплексного соціального захисту громадян. Зростання витрат на страхову медицину випереджали в кілька разів зростання основних макроекономічних показників.

Наступні економічні кризи змінили ситуацію, що означило дві сучасні тенденції у забезпеченні страхування населення.

По-перше, в 1980-90-ті роки відбулася зміна акцентів у соціальній політиці з державного бюджетного фінансування на користь систем страхової медицини, заснованої на еквівалентності внесків і виплат. Зниження в останнє десятиліття частки державних витрат, скорочення обсягу та переліку соціальних гарантій по відношенню до ВВП свідчить про наближення системи до певного граничного значення, що відбиває сучасний рівень економічних можливостей суспільства у вирішенні соціальних питань. В кінці ХХ ст. цей показник орієнтовно склав близько 30% ВВП (середній показник по розвинених країнах) [9].

По-друге, наприкінці 1990-х рр. під впливом економічної стагнації відбулася переоцінка соціальної ролі

держави: відмову від всеосяжної державної організації медично-соціальної допомоги населенню на користь колективно-договірних форм страхування. Прямий обов'язковий перерозподіл доходів за рахунок податків і обов'язкових страхових внесків багатьох країн доповнюють непрямим регулюванням через превентивні та мотиваційні механізми.

Основу еволюції страхової медицини становить взаємне страхування, яке в різних соціально-економічних умовах приймає відповідні організаційні та фінансові форми.

Рішення, яке держава приймає при визначенні інституційної моделі соціального захисту і системи охорони здоров'я, полягає у виборі використовуваних організаційно-правових форм, визначенні співвідношення "державне-приватне" в організації видів забезпечення, розподілом функціональних ролей державного і приватного секторів. Звідси впливає інституційна різноманітність форм страхового захисту та національних систем охорони здоров'я [14].

Медично-соціальне страхування (МСС) – організаційні та фінансові заходи для забезпечення переходу до роботи системи охорони здоров'я в умовах страхової медицини [11]. Основними формами медично-соціального страхування є: соціальне страхування, соціальна допомога, приватна страхова ініціатива, соціальні послуги роботодавця. Таким чином, МСС як форма страхування являє собою систему з чотирьох компонентів.

До основних аспектів впровадження ринкової системи МСС належать:

➤ Визначення джерел фінансування як способу накопичення коштів, достатніх для забезпечення гарантій соціального захисту.

➤ Розподіл фінансового тягаря між основними суб'єктами страхування.

➤ Способи використання (розподілу і перерозподілу) страхових коштів.

В основу МСС закладено 5 основних системоутворюючих принципів, які визначають його специфіку та високу значимість в національних системах охорони здоров'я розвинених країн [13]:

- МСС є обов'язковим для всіх працюючих громадян і регулюється державою;
- Внески на МСС відповідають тій ступені захисту, яка необхідна людині відповідно до встановлених соціальних стандартів рівня і якості життя;
- Страхові виплати визначаються розмірами, термінами та іншими умовами сплати страхових внесків;
- Право на отримання страхових виплат визначається тільки виконанням обов'язків по сплаті внесків та фактом настання страхової події без додаткової перевірки потреби в доході;
- Обов'язок по сплаті внесків на МСС несуть спільно працівники і роботодавці з залученням при необхідності фінансової участі держави.

МСС у розвинених країнах складається з трьох сфер: системи обов'язкового (соціального) та приватного (добровільного) страхування, соціального забезпечення та страхового ринку.

Між системою МСС і страховим ринком існує тісний взаємозв'язок, при цьому сполучною ланкою є соціальні ризики.

До основних компонентів соціального захисту в розвинених країнах відносяться: бюджетні асигнування, МСС та соціальне забезпечення.

На цілі соціального захисту в розвинених країнах витрачається близько 30% ВВП. При цьому МСС (24,5% ВВП) є центральною ланкою у цій системі. Поєднання принципів обов'язкових та додаткових форм соціального захисту є основою ефективною моделі МСС [14].

У розвинених країнах в цілому домінують обов'язкові форми соціального захисту, основу яких становить обов'язкове (соціальне) страхування. Додаткові види страхування, орієнтовані на розвиток колективних та індивідуальних форм, в даний час покликані не замінити, а доповнити її обов'язкові елементи. Реальність така, що обов'язкове (соціальне) залишається найбільш поширеним і вагомим елементом системи соціального захисту більшості держав. Обсяг коштів, які щорічно проходять через МСС у розвинених країнах, в 2 рази перевищує асигнування державного бюджету і в 4 рази – щорічні надходження на додатковий соціальний захист – добровільне (приватне) страхування.

В даний час в розвинених країнах отримує розвиток приватне страхування. Приватне медичне страхування буває замінюючим, додатковим або доповнюючим. Замінює страхування слугує альтернативою державному страхуванню. Доповнює приватне медичне страхування повністю або частково покриває вартість

соціальних послуг, які не оплачуються або не повністю оплачуються державною системою. Додаткове приватне страхування дозволяє розширити вибір, прискорити доступ до послуг або підвищити їх якість. Більшість національних систем соціального захисту в тій чи іншій мірі черпають кошти з усіх вищезазначених джерел.

МСС є обов'язковим в силу закону і некомерційним, тому що не має на меті отримання прибутку. Економічну основу МСС становлять страхові відносини, умови яких є загальними і встановлюються державою. Обов'язковий характер МСС є необхідною умовою його організації.

Фінансовий механізм МСС функціонує на основі поєднання страхових принципів з елементами державного соціального регулювання. Як компонент системи фінансів, МСС являє собою сукупність відносин, за допомогою яких здійснюється перерозподіл національного доходу в залежності від дії соціальних ризиків. Зміст МСС полягає у створенні цільових грошових фондів та їх використання для страхового захисту населення [1].

Фінансовий механізм МСС представляє собою порядок і умови формування (мобілізації коштів, об'єднання фінансових ресурсів і ризиків) та використання коштів страхування (розподіл коштів і ресурсів) на встановлені державою цілі страхового захисту населення. Його основними елементами є: сплата страхових внесків, створення фондів МСС, здійснення соціальних виплат.

Фонди МСС є, з одного боку, відокремленими ланками системи фінансів, а з іншого – специфічними страховими фондами. В даний час фонди МСС розглядаються у трьох аспектах: 1) у широкому сенсі – всі кошти МСС, 2) у вузькому сенсі – конкретні фінансово-кредитні установи, 3) з точки зору їх відносин з бюджетом – відокремлені позабюджетні фонди соціального призначення.

Основними джерелами надходження коштів до фондів МСС є страхові внески, які є періодичними платежами, виробленими в обов'язковому порядку законодавчо встановленими групами населення, господарюючими суб'єктами та при необхідності – державою, що акумулюються в спеціальних фондах на цілі страхового захисту.

В табл.2 наведені розміри внесків та основні джерела фінансування системи МСС у розвинених країнах.

Як бачимо, розміри страхових внесків громадян коливаються від 2% в Бельгії і Швеції до 30,8% у США, а розміри страхових внесків роботодавців – варіюються від 1,2% у США до 72,5% у Німеччині.

Функціональна (галузева) організація МСС представляє собою структуру видів матеріальної компенсації соціального збитку, змістом якої виступає цільовий розподіл страхових коштів відповідно до суспільно визнаної необхідності і мірою покриття дії різних груп соціальних ризиків.

Таблиця 2. Розміри внесків і джерела фінансування системи медично-соціального страхування

| Країна | Джерела фінансування систем МСС | | | |
|----------------|---------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|
| | Субсидії держави (%) | Внески роботодавців (%) | Страхові внески громадян (%) | Прямі доплати громадян (%) |
| Бельгія | 27 | 50 | 2 | 21 |
| Німеччина | 14,2 | 72,5 | 6,4 | 6,9 |
| Франція | 1,8 | 73 | 3,7 | 21,5 |
| Великобританія | 78 | 10 | 3,8 | 8,2 |
| Італія | 36,2 | 45,5 | 3,3 | 15 |
| Швеція | 71 | 18,4 | 2 | 8,6 |
| Швейцарія | 34,7 | 28,7 | 16,6 | 20 |
| США | 41,8 | 1,2 | 30,8 | 26,2 |

Функціональна організація МСС змінюється в часі і по країнах. Ще п'ять років тому система налічувала лише чотири галузі: медичне, пенсійне страхування, страхування від нещасних випадків і від безробіття [9]. Новий вид страхування по довгостроковому догляду

зараз існує як окрема галузь лише в Німеччині та Франції. Його поява зумовлена соціалізацією ризику втрати людиною фізіологічної здатності самостійного забезпечення.

Функціональна структура МСС оцінюється через: 1) структуру страхових виплат і 2) структуру страхових внесків.

Структура страхових виплат характеризує реальний рівень відшкодування ризиків як за рахунок страхування, так і за рахунок державного бюджетного участі у компенсації соціального збитку. Структура страхових внесків більш наближена до первісного рівня соціальних ризиків, оскільки позбавлена впливу інших, ніж страхові, фінансових джерел, що характеризує власні досягнення системи.

Підсумовуючи все вище зазначене, доцільно зробити висновки. Соціальний ризик являє собою ймовірність настання випадкових, незалежних від волі людини подій, що загрожують його нормальному функціонуванню, фізіологічній та соціально-економічній життєдіяльності.

Соціальний захист відіграє надзвичайну роль в системі медичного страхування, оскільки дає можливість реалізувати право громадян на матеріальне забезпечення старості, у випадку хвороби, повної або часткової втрати працездатності або відсутності такої від народження, безробіття.

В загальному, медично-соціальне страхування можна визначити як організаційні та фінансові заходи для забезпечення переходу до роботи системи охорони здоров'я в умовах страхової медицини.

Аналіз функціональної структури МСС у розрізі розвинених країн дозволив виявити три основні тенденції:

- структура виплат досить виражена і однаково регламентована;
- країни можуть дозволити собі більш високий рівень витрат на виплати, які не є предметом "першої необхідності", наприклад, допомоги по безробіттю;
- вплив соціальних ризиків на функціональну організацію страхового захисту опосередковано законодавчо встановлюються рівнем відповідних соціальних гарантій.

Розвиток окремих галузей системи МСС визначається трьома основними факторами:

- 1) рівнем соціального ризику в суспільстві, що виражається в частці населення, що втратив дохід з цієї причини;

- 2) ступенем втрати доходу, повної або часткової, постійної або тимчасової;

- 3) мірою покриття ризику, що встановлюється державою виходячи з сучасних цілей соціальної політики.

Кожна із страхових галузей має особливості застосування страхових принципів для покриття тих чи інших соціальних ризиків і специфіку кваліфікаційних умов страхування для різних соціально-демографічних груп населення.

1. Антропов В.В. Социальная защита в странах Европейского союза. История, организация, финансирование, проблемы. Серия: Мировая экономика. Зарубежные страны и Россия. М, 2006; 271 с. 2. Брюханова Н., Габуева Л., Щепин В. Экономическая и правовая основы государственного и частного здравоохранения. Здравоохранение № 4. – 2005. – с.41-46. 3. Брыскина Н.В. Факторное воздействие страховых рисков при медицинских услугах. Автореф. дисс. к.э.н. Екатеринбург, 2006; 23 с. 4. Бурков В.Н., Заложнев А.Ю., Кулик О.С., Новиков Д.А. Механизмы страхования в социально-экономических системах. М.: ИПУ РАН, 2001. – 109 с. 5. Лиснер Л., Весс И.: Перестройка вместо сокращения. Социальные государства в сравнении. Германия, Австрия, Швеция. Франкфурт-на-Майне, 1999 ("Федеральное издательство" и "Издательство ОАП"). 6. Медико-социальное страхование. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. ВОЗ. 58 сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. А 58/20 от 7 апреля 2005 г. Доклад секретариата. Пункт 13.16 предварительной повестки дня. – 6 с. 7. Международное бюро труда. Комитет по занятости и социальной политике. Социальная защита как производственный фактор. Женева, ноябрь 2005; 19 с. 8. Нойбург К. Адресное обеспечение дохода малоимущих и функционирование европейских систем социальной защиты (Маастрихт, 2005); 57 с. 9. Общая информация о Европейском Союзе <http://www.bma.bund.de> Сайт Федерального министерства труда и социальных дел Германии. 10. Петер В. Дж., Губи Т. Европейская социальная политика. Согласование систем социального обеспечения. "Максимилиан Пресс", Лондон, 1996. 11. Социальное страхование здоровья. Доклад Секретариата. ВОЗ. Исполнительный комитет EB114/16. Сто четырнадцатая сессия 29 апреля 2004 г. Пункт 4.10 предварительной повестки дня. – 5 с. 12. Характеристика социального положения в Европе 2000 г. Европейская Комиссия, Генеральный директорат по вопросам занятости и социальной защиты / Евростат, Люксембург 2000. <http://europa.eu.int> 13. Хольцман Р., Йоргенсен С. Социальное управление риском: новая концептуальная база для социальной защиты и дальнейших действий. Сборник материалов по вопросам социального обеспечения. Всемирный банк, 2000. – 37 с. 14. Швейцер В. Я. Контуры социальной Европы // Современная Европа, 2000; 2: С. 125-127.

Надійшла до редколегії 12.02.11

А.О. Ігнатюк, асп.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФІНАНСОВОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ

Проаналізовано основні тенденції та особливості розвитку фінансової системи України. Досліджено основні недоліки та досягнення фінансових установ за період незалежності країни.

Ключові слова: фінансові ринки, фінансові посередники, банківсько-орієнтована фінансова система.

Проанализировано основные тенденции развития финансовой системы Украины. Исследованы основные недостатки и достижения финансовых институтов за период независимости страны.

Ключевые слова: финансовые рынки, финансовые посредники, банковско-ориентированная финансовая система.

Overview of the recent trends in the Ukrainian financial systems development is providing. The main drawbacks and achievement of financial intermediaries are studied.

Keywords: financial markets, financial intermediaries, bank-based financial system.

Не дивлячись на те, що за порівняно короткий період в Україні на сьогоднішній день створено активний банківський сектор, роль якого в економіці постійно зростає, більшість банків та небанківських установ в Україні мають незначний обсяг капіталу, є малоефективними та високо витратними. Найважливішим є те, що значна кількість банків та небанківських установ фінансово є надто слабкими, щоб громадяни довіряли їм свої гроші. Разом усі фінансові посередники можуть мобілізувати невеликі обсяги заощаджень і надати в позику ще менші суми для підтримки виробництва порівняно зі своїми іноземними конкурентами.

Серед сучасних вчених, що займаються проблемою вивчення розвитку фінансового посередництва в Україні слід відзначити наступних вчених: Чухно А. [1], Базилевич В. [2], Корнеєв В. [3], Опарін В. [4], Лютий І., Барановський О. та інші. Однак зберігається потреба у вивченні особливостей сучасного стану фінансового ринку України для виявлення можливих шляхів удосконалення функціонування системи.

У даній статті буде розглянуто більш детально депозитні та недепозитні фінансові установи в Україні, проаналізувано їх стан та проблеми на шляху розвитку, а також шляхи підвищення ефективності функціонування.