

ФІНАНСОВІ ІНСТРУМЕНТИ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМИ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У даній статті проаналізовано міжнародний досвід переходу до моделі обов'язкового медичного страхування залежно від рівня добробуту населення. Також було узагальнено вітчизняні законодавчі ініціативи в цій сфері та виявлено необхідність комплексного підходу до реформування механізмів фінансування медицини, зокрема й активне використання податкових механізмів.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, законодавчі ініціативи, механізм фінансування.

LINA ADAMIVNA ZADOROZHNYA
The Research Centre of Problems of the Taxation

FINANCIAL INSTRUMENTS OF REALIZATION REFORM OF MANDATORY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Abstract. This article deals with the analysis of international experience of the transition to a model of mandatory health insurance depending on the level of welfare. Domestic legislative initiatives in this area were generalized and necessity of comprehensive approach to reforming health care financing mechanisms, including increased use of tax mechanisms, was found. Improving medical care should be directed to enhance the quality of service, increase their availability and, consequently, increasing the overall level of health. For qualitative introduction of medical insurance in Ukraine it is necessary to make some stimulus using the mechanism of personal income taxation. Moreover, establishing an effective system of personal income tax will help harmonious transition to mandatory health insurance.

Additional settlement requires the issue of health insurance to people, income of which are equivalent to average monthly total income per month that are lower cost of living (in 2011 they accounted for 3.4 million, and the average cost of living was 914.1. UAH). High quality health services - a good incentive to get the full awareness of the need "white" wages and move to a system of mandatory health insurance.

Keywords: mandatory health insurance, legislative initiatives, financing mechanism.

Проведене в 2009 р. опитування громадян засвідчило незадоволеність 80% населення якістю медичного обслуговування, а 93,3% опитуваних визнали необхідність проведення реформи в сфері охорони здоров'я [1]. В Україні механізм надання медичних послуг є недостатньо ефективним через неузгодженість бюджетних витрат та реальним попитом на послуги. Це актуалізує питання щодо фінансових інструментів реалізації реформи обов'язкового медичного страхування в Україні.

Значний внесок у розвиток питання проведення медичного страхування зробили такі вчені, як Д. Берді, В. Борисова, О. Губар, В. Журавель, П. Лівак, С. Мельник, М. Мних, Я. Радиш, О. Солдатенко та інші.

Метою даної статті є виявлення концептуальних особливостей переходу до обов'язкового медичного страхування в різних за рівнем розвитку країнах та визначення превалюючих факторів, що впливають на це.

Джерелами фінансування медичного страхування можуть бути податки, соціальні внески та страхові премії, що, власне, і визначають модель медичного страхування [2].

На сьогоднішній день моделі медичного страхування умовно можна поділити на загальнодержавне медичне страхування, яке здійснюється на загальнообов'язковій основі та набуває ознак податку, та приватне, що характеризується внесенням страхових премій (приватне обов'язкове медичне страхування, приватне високо ризикове медичне страхування тощо).

При наявності регіональних відмінностей держав з середнім рівнем доходів, цілі та пріоритети фінансування охорони здоров'я аналогічні та характерні для України: загальне охоплення, фінансовий захист та ефективність. Але досягнення цих пріоритетів ускладнюється у зв'язку зі збільшенням витрат відповідно до демографічних, епідеміологічних та технологічних змін, а також великих приватних (навіть неформальних платежів), несправедливою та неефективною системою фінансування охорони здоров'я, неефективністю самої системи охорони здоров'я.

Світовий банк на основі проведеного аналізу фінансування медицини в країнах з середнім рівнем доходу розробив наступні рекомендації [3]:

1. Ефективність мобілізації доходів громадян, тому що фінансування повинне бути постійним і відповідати довгостроковим потребам.

2. Внутрішні доходи та джерела фінансування повинні складати основну частину фінансування.

3. Акумуляція податків повинне зрости і ресурси повинні бути мобілізовані справедливо і ефективно, можливо, через удосконалення механізмів вирахувань з заробітної плати, податкової реформи чи інших структурних реформ.

4. Підвищений ризик, який виникає при об'єднанні, потребує розподілення для підвищення ефективності, справедливості та фінансового захисту. Це спричинить збільшення особистісних витрат членів об'єднання на охорону здоров'я, що за оцінками становлять приблизно 40% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я. Також необхідна інтеграція працівників неформального сектору в загальні схеми медичного страхування.

5. Ризики вкладників повинні бути об'єднані для забезпечення максимального фінансового захисту та загального охоплення, адже переваг у цьому більше, крім того, купівельна спроможність та ефективність підвищуються за рахунок зниження операційних витрат.

6. Відповідний пакет пільг повинен бути направлений на покриття населення, тому що рівень допомоги впливає на ефективність об'єднання ризиків, розподілу фінансових ресурсів та ступеню фінансового захисту. Стандартний або мінімальний пакет послуг повинен мати правильне поєднання широти та глибини охоплення, щоб дотримуватись компромісу між ціллю загального охоплення, здоров'я і стримування витрат.

7. Видатки на охорону здоров'я повинні бути економічними, задля можливості розширення покриття для більшої кількості людей. Загальна ефективність сфери охорони здоров'я повинна мати потенціал зростання шляхом реформування методики придбання послуг та запровадження стимулюючих платіжних механізмів. Крім того, платіжна політика повинна бути у відповідності зі стримуванням витрат та економічної ефективності цілей;

8. Конкретна схема страхування здоров'я, чи то на основі загальнонаціональної системи медичного обслуговування, соціального страхування здоров'я, чи приватних моделей медичного страхування (чи комбінацією трьох) є менш важливою у порівнянні з гарантією, що схема направлена на поліпшення збору платежів, об'єднання ризиків та обслуговування покупців. Іноді існує необхідність поєднання страхових схем для якіснішого досягнення подвійної мети: загального охоплення та фінансового захисту.

9. Уроки та кращі практики реформування сфери охорони здоров'я країн з середнім рівнем доходів, особливо ті, що стосуються подолання інституційних перешкод є дуже цінними для держав з низьким рівнем доходів, а тому потребують документування для розширення глобальних знань.

10. Міжнародне співтовариство не повинне випускати з уваги відмінності в стані здоров'я різних груп населення в країнах з середнім рівнем доходів, в країнах з низьким рівнем доходів, а також в деяких країнах з високим рівнем доходів.

Отримання об'єктивної і повноцінної характеристики систем фінансування медицини є неможливим без врахування досвіду окремих держав. Основною формою фінансування потреб медицини у Німеччині є обов'язкове медичне страхування. Німецька модель обов'язкового медичного страхування є унікальною, тому що, по-перше, вона достатньо ефективно працює близько 130 років, а, по-друге, держава виконує виключно функції регулятора.

Незважаючи на відсутність державного фінансування, обсяг залучених ресурсів в загальний фонд обов'язкового медичного страхування, що оплачуються роботодавцями та працівниками на паритетних засадах є колосальним – 10,9% від ВВП. При цьому 69 млн жителів Німеччини включені в програми обов'язкового медичного страхування, а 8,6 млн жителів – приватним. Розмір вирахувань з заробітних плат з 1 січня 2011 року складає 15,5% [4].

На початку 1990-х років Росією був здійснений перехід від бюджетної до соціально-страхової моделі медичного страхування, що ґрунтується основним чином на податках та обов'язкових внесках роботодавців на забезпечення доступом до медичних послуг своїх працівників. При цьому держава виступає в ролі страхувальника громадян, що не працюють та покриває дефіцити Федерального та територіальних фондів обов'язкового медичного страхування. Єдиний соціальний податок в Росії з 1 січня 2009 року розраховується за регресивною шкалою: ставка складає 3,1% від фонду оплати праці і зменшується, якщо є велика кількість високооплачуваних працівників [5], на зміну йому були введені страхові внески згідно з законом «Про обов'язкове медичне страхування в Російській Федерації».

Оскільки з 1 січня 2011 року громадяни Росії змогли самостійно вибирати страхову організацію, це дозволило розвинути конкуренцію на страховому ринку. Але 70% громадян застраховані у 10 найбільших компаніях і для підвищення ефективності роботи страхових організацій змінилися вимоги до статутного капіталу: він зріс з 30 до 60 млн руб., що призводить до укрупнення компаній через злиття та поглинання.

Незважаючи на явний прогрес системи обов'язкового медичного страхування (збільшення кількості медичних організацій, введення з 1 травня 2011 року полісу обов'язкового медичного страхування, зростання фінансових ресурсів в галузі, запровадження в системі охорони здоров'я єдиної інформаційної системи, введення з 1 січня 2012 року єдиної універсальної електронної карти), є багато проблем. Зокрема, на 1 січня 2009 року в Росії кількість застрахованих перевищувала кількість населення на 700 тис., а у процесі формування єдиної бази даних виявилось, що застрахованих на 2,5 млн чол. (особи, що належать до не страхових категорій) менше від загальної кількості населення [6].

Аналізуючи ситуацію в країнах-членах ОЕСР та Україні, Росії, Білорусії (що виділені в прямокутнику) за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [7], бачимо, що різні підходи забезпечують отримання різних результатів. Кардинально відрізняються Сполучені Штати Америки, де витрати на охорону здоров'я склали 17,6 % від ВВП, а очікувана тривалість життя при народженні становила 79 років. Найвища ж очікуваність життя при народженні була у Японії (83 роки). Очікувана тривалість життя при народженні на рівні 82 років була оцінена у 6 країнах-членах ОЕСР: Австралії, Ісландії, Ізраїлі, Італії, Іспанії, Швейцарії. В Україні очікувана тривалість життя при народженні складала 68 років, а загальні витрати на охорону здоров'я – 7,8 % від ВВП; в Росії – 68 років і 5,6 % від ВВП, в Білорусії – 70 років і 6,1 % від ВВП відповідно.

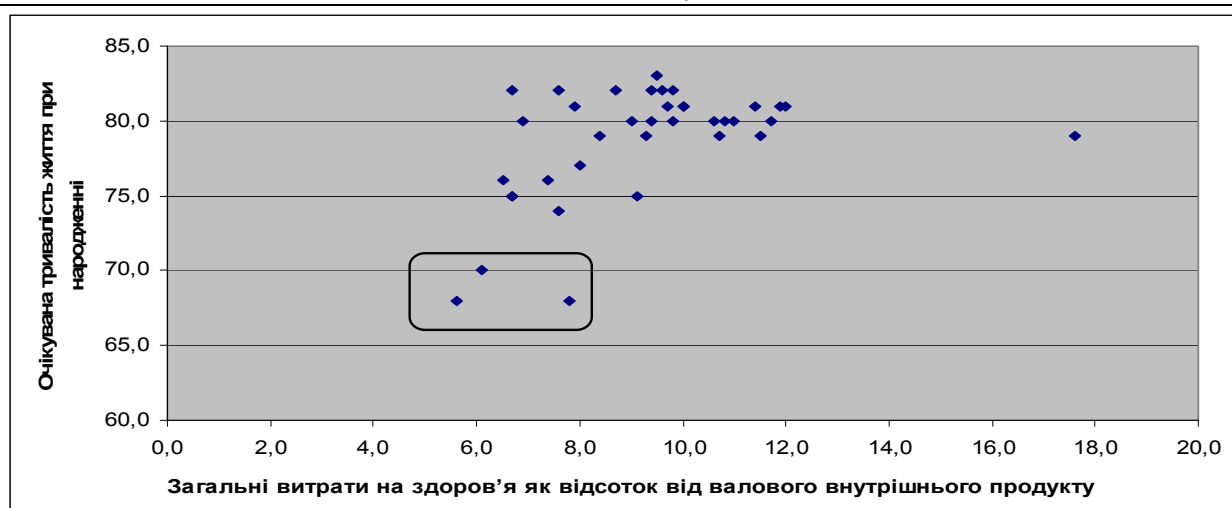


Рис. 1. Співвідношення очікуваної тривалості життя при народженні та загальних витрат на здоров'я (% від ВВП) в країнах-членах ОЕСР та Україні, Росії, Білорусії

Приватні витрати на охорону здоров'я в значній мірі залежать від рівня добробуту в державі. Так, регресійний аналіз 157 країн у 2010 році при оцінці параметра економетричної моделі при змінній валового національного доходу (розрахованого за атласним методом) на приватні витрати на охорону здоров'я [8] статистично значуща, на що вказує t -критерій Стьюдента. Модель має вигляд:

$$Y = -167,273 + 0,089X$$

У цілому модель побудована якісно, на що вказують високі коефіцієнт детермінації $R^2 = 78,16\%$ та F -критерій Фішера. Ці результати свідчать про те, що введення загальнообов'язкового медичного страхування повинно вводитись поступово з чіткою прив'язкою до рівня добробуту населення.

Якісні зміни в сфері охорони здоров'я можуть бути досягнуті, в першу чергу, за рахунок реалізації законодавчих ініціатив. Але як видно з табл. 1, цей процес в Україні відбувається дуже повільно.

Таблиця 1

Реалізація законодавчих ініціатив щодо медичного страхування громадян

Дата реєстрації	Номер реєстрації законопроекту	Назва законопроекту	Ініціатор законопроекту	Останній етап проходження законопроекту
1	2	3	4	5
31.07.2000	6009	Проект Закону про медичне страхування громадян	Марковська Н.С.	Проект не прийнято (19.10.2000)
29.12.2000	6152	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Марковська Н.С., Черненко В.Г.	Проект не прийнято (24.05.2001)
06.03.2001	6152-1	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Франчук І.А.	Прийнято в другому читанні (17.01.2002)
07.05.2001	6152-2	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Ющенко В.А.	Включено в таблицю поправок (17.01.2002)
14.05.2002	0944	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Франчук І.А.	Знято з розгляду (11.09.2003)
08.10.2003	3370	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Поліщук М.Є., Римарук О.І., Бахтеєва Т.Д., Бондаренко В.Д., Лобода М.В., Сятиня М.Л.	Знято з розгляду (20.01.2005)
27.01.2004	3370-1	Проект Закону про загальнообов'язкове медичне страхування	Добкін М.М., Морозов О.В.	Знято з розгляду (20.01.2005)

1	2	3	4	5
12.12.2003	4505	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Франчук І.А., Богадирьова Р.В., Григорович Л.С.	Проект не прийнято (15.06.2004)
06.02.2004	4505-1	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Шурма І.М., Кузьменко П.П., Сухий Я.М.	Проект відкликано (15.06.2004)
16.06.2004	5655	Проект Закону про обов'язкове медичне страхування	Добкін М.М., Морозов О.В., Хомутиннік В.Ю.	Направлено на висновок Уряду (27.07.2004)
09.07.2004	5771	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Шурма І.М., Сухий Я.М.	Знято з розгляду (03.11.2005)
19.09.2006	2192	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Бахтеєва Т.Д., Червонопиский С.В., Григорович Л.С.	Проект відкликано (23.11.2007)
09.02.2007	3155	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Сухий Я.М., Денісова Л.Л., Шевчук С.В., Мельничук М.В.	Проект відкликано (23.11.2007)
12.02.2007	3155-1	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Бульба С.С., Григорович Л.С., Карпук В.Г., Стасів Л.В.	Проект відкликано (23.11.2007)
27.11.2007	1040	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Сухий Я.М.	Проект не прийнято (17.12.2010)
18.12.2007	1040-1	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Григорович Л.С., Добряк Є.Д., Карпук В.Г.	Проект не прийнято (17.12.2010)
22.01.2009	1432	Проект Постанови про проведення парламентських слухань на тему: "Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні" (травень 2009 року)	Бахтеєва Т.Д.	Постанову підписано (21.02.2009)
30.03.2009	4279	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Коновалюк В.І.	Проект відкликано (22.05.2009)
30.06.2009	4744	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні	Бахтеєва Т.Д., Сорочинська-Кириленко Р.М., Коновалюк В.І., Шаров І.Ф.	В порядку денний не включено (06.09.2012)
13.08.2012	11077	Проект Закону про загальнообов'язкове державне медичне страхування	Яценко А.В.	Проект відкликано (12.09.2012)
21.03.2013	2597	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Сухий Я.М.	Надано для ознайомлення (26.03.2013)
05.04.2013	2597-1	Проект Закону про загальнообов'язкове державне медичне страхування	Дудка В.В., Бахтеєва Т.Д., Шипко А.Ф., Кіссе А.І., Фабрикант С.С., Біловол О.М.	Станом на квітень 2013 року проект опрацьовувався в комітетах

Джерело: складено автором на основі [9].

Проектом Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» №2597-1 передбачалася діяльність Фонду медичного страхування та Накопичувального медичного фонду.

Передбачалося існування трирівневої системи медичного страхування, за якої перші два визначалися як система загальнообов'язкового медичного страхування. Третій рівень передбачав існування системи недержавного медичного страхування, основною ознакою якого була добровільність участі громадян. Статтею 18 цього проекту закону було визначено, що розмір страхових внесків встановлює Верховна Рада України відповідно для страховальників і застрахованих осіб за результатами розрахунків для забезпечення надання особам страхових виплат. На нашу думку, це положення у контексті необхідності структурних змін у наданні та фінансуванні медичних послуг потребує більш чіткого визначення. Оскільки фінансове забезпечення є наріжним каменем будь-якої реформи, пропонується чітко встановити відсоток виплат з доходів громадян на медичне страхування з можливістю їх коректування Верховною Радою України. У Пояснювальній записці до цього законопроекту зазначено, що розмір страхових внесків співпадає з розміром, визначеним законопроектом 2597: по 473 грн фондами загальнообов'язкового державного соціального страхування України та місцевими органами виконавчої влади за окремі категорії непрацюючих осіб та дітей для забезпечення медичними послугами та страхові внески у розмірі 3% від фонду оплати праці, що сплачують роботодавці для забезпечення застрахованих осіб медичними послугами.

До тепер не реалізовані рекомендації парламентських слухань на тему: «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні» [10], зокрема, щодо збільшення бюджетного фінансування галузі до 5 відсотків обсягу ВВП; запровадження обов'язкового медичного страхування; оптимізацію та децентралізацію системи управління; підвищення ефективності використання всіх ресурсів; перехід до ринкових відносин у медичній галузі; вдосконалення та посилення первинної медичної допомоги і профілактики; поступовий перехід до прогресивних форм господарювання закладів охорони здоров'я; збільшення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників.

Не врахованим залишається податковий аспект впровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо вдосконалення окремих норм Податкового кодексу України» до складу загальнообов'язкових витрат включаються витрати на медичне страхування працівників [11]. Але реалізація цього положення використовується недостатньою кількістю роботодавців, а тому не може забезпечити швидкий прорив у якісному забезпеченні медичними послугами (немає критичної маси).

Вважаємо, що у контексті необхідності реформування системи охорони здоров'я в залежності від конкретної обраної моделі медичного страхування доцільно впроваджувати податкові знижки для громадян зі сплати податку з доходів фізичних осіб. Це може бути реалізовано у формі податкових кредитів для найбільш вразливих верств населення. При цьому для забезпечення максимальної справедливості доцільно надавати кредит з податку на доходи фізичних осіб у розмірі, обернено пропорційному доходам громадян.

Заслужує на увагу досвід Фінляндії, де витрати на медичне страхування у вигляді допомоги у натуральній формі не оподатковуються.

Висновки

Вдосконалення системи медичного забезпечення повинно бути направлено на підвищення якості надання послуг, зростання їх доступності, та, як наслідок, підвищення загального рівня здоров'я населення. Введення системи обов'язкового медичного страхування в Україні, за якою страхові внески робилися з заробітної плати і від цього залежав би обсяг надаваних послуг, могло б стати стимулом для детінізації доходів громадян. Крім того, доповнююча ефективна система оподаткування доходів фізичних осіб лише гармонізуватиме процес переходу до обов'язкового медичного страхування.

Додаткового врегулювання потребує питання забезпечення медичним страхуванням осіб, середньодушовий еквівалентний загальним доходам у місяць нижчими прожиткового мінімуму (у 2011 році таких осіб було 3,4 млн осіб, а середньорічний розмір прожиткового мінімуму становив 914,1 грн).

Висока якість надання медичних послуг – це хороший стимул для усвідомлення необхідності отримання повної «білої» заробітної плати та переходу на систему обов'язкового медичного страхування.

Література

1. Що думають українці про якість медичного обслуговування (опитування) [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.unian.ua/news/455756-scho-dumayut-ukrajintsi-pro-yakist-medobslugovuvannya-opituvannya.html>
2. Proposal for a taxonomy of health insurance // OECD Study on Private Health Insurance. – 2004. – June OECD [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/31916207.pdf>
3. Financing health in middle-income countries [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap8.pdf>
4. Гетьман Н. Медицинское страхование — Германия [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://opes.ru/1332221.html>
5. Букин А.К. Развитие налоговой политики России в области здравоохранения / А.К. Букин // Финансы. – 2009. – № 5 (сентябрь-октябрь). – С. 61–65.
6. Об итогахпервогогодаработы в условиях реализации нового закона [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2012/march/14032012>
7. World Health Statistics [Електронний ресурс] – Режим доступу :

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>

8. The World Bank [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://data.worldbank.org/>

9. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/index>

10. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: “Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні” : Постанова Верховної Ради України 21.10.2009 № 1651-VI [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1651-17>

11. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо вдосконалення окремих норм Податкового кодексу України : Закон України від 07.07.2011 № 3609-VI [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3609-17>

References

1. Scho dumayt' ukrajntsi pro yakist' medychnoho obslugovuvannya (opytuvannua) – Unian. <http://www.unian.ua/news/455756-scho-dumayut-ukrajntsi-pro-yakist-medobslugovuvannya-opituvannya.html>

2. Proposal for a taxonomy of health insurance – OECD Study on Private Health Insurance. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/31916207.pdf>

3. Financing health in middle-income countries – The World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap8.pdf>

4. N. Get'man Medy'tsy'nskoe strahovanie – Germaniya – <http://opec.ru/1332221.html>

5. A. K. Bukin “Razvitie nalogovoy politiki' Rossiy' v oblasti zdavoohraneniya,” *Finansy'*, Volume 5, 2009 pp. 61-65.

6. Ob itogah pervogo goda raboty v usloviyah realizatsii novogo zakona – <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2012/march/14032012>

7. World Health Statistics – World Health Statistics <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>

8. The World Bank <http://data.worldbank.org/>

9. Ofitsiyny'y web-sayt Verkhovnoi Rady' <http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/index>

10. Pro Rekomendatsii parlamentsky'h sluhan' na temu: “Shlyahy reformuvannya ohorony zdorov'ya ta medychne strahuvannya v Ukraini” Postanova Verkhovnoi Rady' Ukrainy' vid 21.10.2009 № 1651-VI – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1651-17>

11. Zakon Ukrainy' “Pro vnesennya zmin do Podatkovogo kodeksy Ukrainy ta deyakyh inshy'h zakonodavchyh aktiv Ukrainy schodo vdoskonalennya okremykh norm Podatkovogo kodeksu Ukrainy vid 07.07.2011 № 3609-VI – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3609-17>

Рецензія/Peer review : 14.5.2013 р.

Надрукована/Printed : 13.8.2013 р.

Рецензент: Заступник начальника Науково-дослідного центру з проблем оподаткування, с.н.с. Швабій К.І.