

АПРОБАЦІЯ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ АКТИВІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

PROMOTION OF EXTERNAL EXPERIENCE ACTIVATION OF MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE

УДК 369.067.2

Бойко О.О.

к.е.н., доцент

Вінницький навчально-науковий інститут

Університету державної фіскальної служби України

Хижинська Г.Є.

старший викладач

Вінницький навчально-науковий інститут

Університету державної фіскальної служби України

У статті розглянуто основні моделі медичного страхування у розвинених державах. На основі аналізу оцінено можливості й доцільність їх упровадження в Україні в рамках політики стимулювання переходу до страхової медицини. Розглянуто основні проблеми та перспективи популяризації медичного страхування в Україні. Запропоновано етапи активізації медичного страхування в Україні. Узагальнення міжнародного досвіду дало підставу стверджувати, що потрібно модернізувати механізм медичного страхування шляхом реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, модель фінансування, бюджетне фінансування, позабюджетне фінансування.

В статье рассмотрены основные модели медицинского страхования в развитых государствах и оценены возможности и целесообразность их внедрения в Украине в рамках политики стимулирования перехода к страховой медицине. Рассмотрены основные проблемы и перспективы популяризации медицинского страхования в Украине.

Предложены этапы активизации медицинского страхования в Украине. Обобщение международного опыта дало основание утверждать, что нужно модернизировать механизм медицинского страхования путем реализации интегрированной схемы, которая включает в себя различные элементы добровольного и обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, модель финансирования, бюджетное финансирование, внебюджетное финансирование.

In the article the basic models of medical insurance are considered in the developed states. On the basis of analysis possibilities and expediency of their introduction are appraised in Ukraine within the framework of policy of stimulation of passing to medico-actuarial science. Also in the article basic problems and prospects of popularization of medical insurance are considered in Ukraine. It is offered an author the stage of activation of medical insurance in Ukraine.

Key words: obligatory medical insurance, voluntarily medical insurance, model of financing, budgetary financing, off-budget financing.

Постановка проблеми. Відомо, що в умовах фінансової та економічної нестабільності охорона здоров'я потерпає найбільше, оскільки коштів на неї виділяється ще недостатньо. Її фінансування потребує значного поліпшення, бо здійснюється, як правило, за методом залишкового фінансування цієї галузі. Економічна криза в Україні призвела до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. У складеному ВООЗ рейтингу національних систем охорони здоров'я Україна посіла 79-е місце із 191 країни світу, а за показником витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя наша держава займає 111-е місце серед 191 країни світу та восьме – серед країн СНД. Незважаючи на конституційні гарантії безплатності медичної допомоги, значна частина медичних послуг є, по суті, платною, пацієнти оплачують необхідні для лікування ліки і видаткові матеріали, несуть господарські витрати за харчування, постільну білизну й навіть платять за послуги молодшого медичного персоналу. Основною проблемою, що постає у сфері медичного обслуговування, є невідповідність наявним потребам обсягів коштів, що спрямовуються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції та тіньової економіки, оскільки змушує пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у непе-

редбачений законами України спосіб. Отже, сьогодні назріла гостра необхідність реформування системи фінансування у сфері охорони здоров'я. У цьому плані актуальним є вивчення зарубіжного досвіду в питаннях запровадження медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню страхових правовідносин, у тому числі у сфері медичного страхування, присвячено численні праці вітчизняних та закордонних учених, серед яких: В. Базилевич, Ю. Ганущак, А. Городецька, А. Залетов, С. Ніколаєнко та ін. Та попри значний доробок науковців у сфері медичного страхування залишаються актуальними питання вдосконалення системи добровільного медичного страхування та переходу до обов'язкового.

Постановка завдання. Метою дослідження є вивчення зарубіжного досвіду у сфері запровадження та реалізації систем медичного страхування та оцінка перспектив активізації медичного страхування в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров'я. Нині визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма.

Відповідно до цього, сьогодні у світі виділяють три основні моделі системи медичного страхування:

- 1) державна модель – система «одного платника», яка з успіхом функціонує у Франції;
- 2) модель «керованої конкуренції» у Швейцарії;
- 3) модель повністю приватної страхової медицини (США).

Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються у жодній державі, але в деяких країнах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового медичного страхування, у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 р. Основним її принципом є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ним займається близько 1 200 страхових кас (страхових фондів), побудованих за професійним (шахтарі, фермери, моряки та ін.) та територіальним принципами, та ерзац-каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Усі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування [1].

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема забезпечення виконання страхових програм. У зв'язку із цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, приймає участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціаціям лікарів – значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників [1].

У Франції медичне страхування було введено в 1910 р. спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 р. ці фонди були перетворені на страхові компанії [2, с. 133].

Нині у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація – Національна страхова організація (національна каса страхування найманих робітників), яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й обіймає 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але у цілому підлягають адміністративному контролю із центру [3].

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються у центральному фонді, що не несе адміністративних функцій, а потім розділяється страховим організаціям на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє у США в частині програм «Медікер» та «Медікейт». Ці системи обіймають більше ніж 20% населення, групове страхування за місцем роботи становить 58% населення та добровільного медичного страхування не за місцем роботи – 2%. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування і являють собою малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Утрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки [3].

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане з трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування у США – парадоксальне об'єднання недовіків та надмірностей. Країна витрачає на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку, більш ніж будь-яка інша країна у світі, і водночас більш ніж 15% населення американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів [4].

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).

Отже, більшість країн згодні з тим, що громадяни безпосередньо не повинні сплачувати за лікування, коли вони хворіють. Медичне обслуговування має бути безкоштовним, якщо в ньому з'являється необхідність. Саме так фор-

мується система медичного страхування, чи то обов'язкового державного соціального страхування, чи добровільного медичного страхування, чи їх комбінації. Дивним є той факт, що існує так багато альтернативних варіантів між «повним державним контролем» (принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах) та «добровільним медичним страхуванням» (в Ізраїлі та Швеції переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише щодо окремих професій).

Зовсім інша ситуація має місце в Україні. Державна система охорони здоров'я в Україні побудована на основі командно-адміністративної моделі управління (системі 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: за високої якості послуг та меншій вартості пацієнти віддають перевагу саме таким установам [5, с. 119].

Для подолання кризового періоду в українській 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. 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 урахувати 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. 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. Нині на ринку медичного страхування існують певні проблеми функціонування механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування, які значно ускладнюють реалізацію процесу їхнього злиття [6, с. 995].

Основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу запропоновано в табл. 1.

Таблиця 1

Основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу

№	Етап реалізації	Сутність
1	Оптимізація тарифів	оптимізація тарифів із медичного страхування на базі актуарних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність настання страхових випадків
2	Оптимальна величина страхових внесків	обґрунтування оптимальної величини страхових внесків на непрацююче населення, пенсіонерів та дітей
3	Розробка нових методів відшкодування	впровадження більш прогресивних методів відшкодування витрат медичних організацій
4	Мотивування населення	мотивування населення до здійснення контрольних заходів у сфері охорони здоров'я
5	Встановлення податкових пільг	встановлення податкових пільг у системі розвитку медичного страхування як для страховиків, так і для страхувальників для укладення довгострокових договорів
6	Гнучкі страхові тарифи	підвищення страхових тарифів для тих громадян, які бажають користуватися широкою системою медичного страхування і звільнення від сплати внесків осіб, які вже придбали поліс добровільного медичного страхування
7	Стандарти лікування	розроблення регламентів і єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, визначення кола відповідальності як медичних організацій, так і медичного персоналу

Джерело: систематизовано авторами

В Україні протягом багатьох років дискусії точаться навколо питання запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як частини соціальних нарахувань на заробітну плату. Такий підхід знаходить підтримку як із боку Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Хоча їх концепції відрізняються, обидві інституції підтримують намагання запровадити загальнообов'язкове медичне страхування протягом наступних років [7, с. 74].

Економічне становище нашої країни поки не дає змоги таку державну систему зробити надбанням усієї нашої медицини. Це справа майбутнього. І вона буде комплексно вирішуватися з уведенням реформ системи охорони здоров'я. Тому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, що спрямовані на зміцнення й відновлення здоров'я нації. Розроблення ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можливе лише за умов урахування інтересів населення в охороні здоров'я. Німецька консультативна група при уряді України пропонує декілька кроків реформування системи охорони здоров'я [8, с. 352].

Передусім потрібно відокремити політику у сфері охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Суспільний медичний фонд має бути створений і повинен відповідати за розміщення бюджетних асигнувань, призначених на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги, перевірку здійсненого лікування.

Компенсаційні виплати повинні виплачуватися залежно від справді здійсненого лікування та за надані послуги. Крім того, управління закладами охорони здоров'я потрібно комерціалізувати. Німецькі фахівці стверджують, що Україна повинна розвивати добровільне медичне страхування як доповнюючий елемент до нинішньої системи охорони здоров'я, який фінансується за рахунок податків. Таке доповнює приватне страхування може відігравати значну роль у багатоканальному фінансуванні системи охорони здоров'я, яке складається з податкових видатків та приватного медичного страхування. Після значного зменшення соціальних нарахувань до 25–30% запровадження єдиної ставки для медичного страхування стане додатковим джерелом фінансування.

З початку 90-х років ХХ ст. в Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Всі загальнострахові компанії почали займатися медичним страхуванням у різних обсягах. Останніми роками почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі – так звані, лікарняні каси. Але за відносно незначного поширення добровільного

медичного страхування комерційна форма і тут превалує. На думку багатьох експертів, із соціально-економічним станом країни, розбалансованістю, несталістю та продовженням спаду промислового виробництва пов'язано багато проблем під час запровадження медичного страхування. Загальний обсяг ринку ризикового страхування в Україні істотно не скоротиться за рахунок девальвації гривні, за рахунок валютного складника переважно в автострахованні (запчастини) і ДМС (ліки). ДМС (добровільне медичне страхування) – чесний і простий спосіб отримання якісних медичних послуг. Його переваги вже стали очевидні для тисяч громадян нашої країни. Єдиний ринок, що зростає, – це медичне страхування, люди не припиняють лікуватися й хочуть отримати сервіс у приватних клініках.

За ДМС страховики підвищили ціни на 25%, але на ринку ми спостерігаємо скорочення бюджетів корпоративних клієнтів і зниження кількості застрахованих. Тим не менше ринок ДМС у 2018 р. покаже зростання 25–30% за рахунок інфляції. Навіть незважаючи на високу збитковість медстрахування та фінансовий результат, близький до нуля, страховикам він усе одно буде цікавий.

Купівля поліса ДМС означає можливість планувати свої медичні витрати на рік уперед. Усі непередбачені витрати з надання медичної допомоги оплачує страхова компанія. Концепція ДМС передбачає надання тільки якісної медичної допомоги. Лікарі – експерти страхових компаній ретельно контролюють процес надання медичних послуг установами, з якими вони мають договірні зобов'язання. Зараз купити поліс ДМС – це отримати доступ до широкої бази медичних установ по всій території України, включаючи комерційні, відомчі та спеціалізовані. Лікарі – координатори страхових компаній у разі потреби направляють хворого в ту установу, яка найбільш ефективно допоможе вирішити його проблему [9].

У страховому портфелі групи лідерів на ринку ДМС займає 23%. Незважаючи на відсутність податкових преференцій, лідерство забезпечується конкурентними програмами корпоративного ДМС, спрямованого на забезпечення соціальним пакетом працівників промислових підприємств, торговельних установ і фінансового сектора. Ринок ДМС в Україні має високий потенціал зростання. Рівень проникнення ДМС в Україні сьогодні становить 2–3%. При цьому портфелі страхових компаній по ДМС на 95% складаються з договорів корпоративного страхування. Зараз усе частіше медичне страхування стає частиною соціального пакета роботодавця, і ця тенденція дає надію. Прогрес ринку ДМС підтверджується тим, що навіть у роки кризи цей сегмент зростає щорічно на 10–15%, і в наступному році очікуються такі самі темпи зростання [10, с. 69].

Таким чином, розвиток ринкових відносин в Україні сприяв формуванню ринку послуг із медичного страхування. Сьогодні в Україні активно функціонує лише добровільна форма медичного страхування, що дало змогу сформувати певну структуру ринку ДМС. Цей ринок можна подати як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями, зокрема державними органами нагляду за страховою діяльністю (Нацкомфінпослуг), недержавними страховими об'єднаннями (асоціація «Українське медичне страхове бюро», ЛСОУ), страховими компаніями, страховими посередниками, медичними закладами, службами асистансу та споживачами. Добровільне медичне страхування є одним із сегментів страхового ринку, який найбільш активно розвивається в Україні [11].

В останні роки частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України неухильно зростала. На зростання обсягу страхових премій суттєво вплинуло подорожчання медичних препаратів за рахунок зміни курсу валюти. Водночас як позитивний момент спостерігаємо збільшення кількості договорів за всіма видами страхування, що говорить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування.

Населення країни поступово починає розуміти, що медичне страхування – це єдиний шлях виходу охорони здоров'я України з економічної й соціальної кризи. Однак головною проблемою, яка не дає змогу в остаточному варіанті прийняти той чи інший законопроект, полягає у несформованості цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування галузі охорони здоров'я. Своєю чергою, держава може фінансувати лише окремі стратегічні програми, решта видів покриття повинні підпадати під страхове забезпечення, тому треба чітко визначити, які статті підлягають державному забезпеченню, а які – страховому покриттю.

Зауважимо, що відсутність прозорого, ретельно опрацьованого законодавства з питань функціонування добровільного соціального страхування, відповідного державного контролю над протіканням процесу медичного страхування, недовіра населення до приватних страхових фірм та недержавних соціальних фондів спричиняють зниження ефективності захисту населення від хвороб. Водночас, як свідчить світовий досвід, скорочення фінансових можливостей держави у фінансуванні медичних програм має супроводжуватися розвитком системи приватного медичного страхування. Разом із тим нестабільне одержання реальних доходів населення, відсутність дієвого механізму

щодо встановлення їх величини відповідно до економічної ситуації в державі знижують можливість залучення до недержавних страхових організацій вільних коштів населення.

Висновки з проведеного дослідження. Отже, в Україні сьогодні потрібно модернізувати механізм медичного страхування шляхом реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи добровільного та обов'язкового медичного страхування. Подальший розвиток системи медичного страхування сприятиме запровадженню державної та приватної підсистем фінансового забезпечення, підвищенню ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки та забезпечить поступові зміни в системі охорони здоров'я, що позитивно впливатиме на поліпшення здоров'я населення й підвищення соціально-економічної ефективності медичної галузі України.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Страхування: навч. посіб. / В.О. Безугла І.І. Постіл, Л.П. Шаповал. Київ: Центр навчальної літератури, 2008. 582 с.
2. Козьменко С.М., Охріменко І.О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua>.
3. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. К.: Інтерсервіс, 2014. 52 с.
4. Бетлій О. Чи вирішить обов'язкове медичне страхування проблеми системи охорони здоров'я. URL: <http://voxukraine.org/2015/03/20/problemy-systemy-ohorony-zdorovia/>.
5. Стеценко С.Г., Галай В.О. Медичне право України (реалізація та захист прав пацієнтів): монографія. К.: Атіка, 2010. 168 с.
6. Шірінян Л.В. Економіко-правовий аналіз діяльності страховиків на страховому ринку України. Наукові праці НДФІ. 2013. № 4(65). С. 106–116.
7. Смірнова О.М. Проблематика розвитку добровільного медичного страхування: податкова складова. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Evu/2012_19_1/Smirnova.
8. Васишин Р.Д. Економічні основи страхування. Суми: Довкілля, 2007. 412 с.
9. Волошина А.П. Перспективи розвитку українського ринку перестрахування. К.: Знання, 2007. 44 с.
10. Стецюк Т.І. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. Наука й економіка. 2009. № 4 (16). URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/nie/2009_4_1/143-147.
11. Стецюк Т.І. Історичний досвід побудови вітчизняної медицини на страхових засадах. Проблеми трансформації соціально-економічної системи в Україні: зб. наук. праць за матеріалами наук.-практ. конф.; Острозька академія. Острог, 2014. С. 383–391.