

УДК 368.9.06

## ПРАГМАТИКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Демченко О.П.

Вінницький торговельно-економічний інститут  
Київського національного торговельно-економічного університету

Стаття присвячена фінансовому забезпеченню медичного страхування в Україні, зокрема висвітлено стан та основні проблеми фінансування. Здійснено аналіз добровільного медичного страхування та перспективи введення обов'язкової форми медичного страхування в державі. Запропоновано напрями вдосконалення фінансового забезпечення обох форм медичного страхування в сучасних умовах.

**Ключові слова:** медичне страхування, фінансове забезпечення, фінансування охорони здоров'я, особисте страхування.

**Вступ.** Основним завданням соціально-економічного розвитку України є перехід до ефективного функціонування вітчизняної економіки. Особливе місце відводиться медичному страхуванню, яке виступає частиною складної інфраструктури страхування. Відмітимо, що з'явилися великі потреби у страхових послугах, радикальні перетворення страхової справи в країні спрямовані на формування страхового ринку, твердої правової основи його функціонування, створення умов для розширення сфери та якості страхових послуг. У період соціальних та економічних перетворень в Україні – система охорони здоров'я закономірно еволюціонує. Назріла необхідність модернізації прийняття невідкладних заходів з забезпечення населення рівнодоступною та якісною медичною допомогою. У такому контексті можна говорити про інтенсивний пошук моделей надання медичної допо-

моги, належне забезпечення населення якісними медичними послугами та підтримка їх на достатньому для ефективного функціонування рівні.

Дослідженню фінансового забезпечення медичного страхування в Україні, проблемам та перспективам його розвитку присвячені праці вітчизняних вчених, зокрема: Т. Артюх, В. Базилевич, К. Воблій, О. Гаманкова, С. Горянська, В. Єрмілов, О. Клименко, І. Кондрад, Т. Марченко, М. Мних, Я. Шумелда, Т. Яворська та ін. Однак в Україні досі не вирішеними залишаються питання щодо форми та структури системи медичного страхування, що у свою чергу, стримує розвиток цього сектору та не забезпечує належний рівень страхового захисту громадян.

**Постановка завдання.** За сучасних умов страхова медицина виступає реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не спроможне забезпечити конституційне право

громадян на отримання безоплатного медичного обслуговування. Розвиток медичного страхування є об'єктивною потребою, яка продиктована необхідністю забезпечити надходження коштів до галузі охорони здоров'я.

**Метою статті** є дослідження прагматики фінансового забезпечення медичного страхування в Україні, окреслення основних проблем та аналіз введення добровільного та обов'язкового медичного страхування у державі, а також запропонування напрямів удосконалення фінансування обох форм медичного страхування у сучасних умовах.

Методологічну основу роботи формують положення діалектичного методу на основі пізнання економічних явищ і процесів у їх неперервному взаємозв'язку та взаємозалежності. Використано методи економічного аналізу, а також методи емпіричних досліджень, зокрема спостереження, порівняння, математичні й статистичні методи, системно-функціональний, функціонально-структурний та комплексний методи.

**Результати.** Одним із найважливіших компонентів ефективного функціонування економіки та системи охорони здоров'я є медичне страхування. Медичне страхування – це гарант здорової нації в майбутньому. Нажаль, зі збільшенням відсотку захворюваності населення України гостро постає питання про захист здоров'я людей. Коштів, які державний бюджет передбачає для фінансування медицини, не вистачає на ефективне медичне обслуговування, тому активно досліджуються питання щодо обов'язкового медичного страхування [8].

За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості та доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Медичне страхування є галуззю особистого страхування, його головна мета – гарантування застрахованим особам одержання медичної допомоги за рахунок накоплених грошових коштів в наслідок виникнення страхових випадків та фінансування профілактичних заходів [2].

Вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України наприкінці 80-х років на початку 90-х років XIX ст.: прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у діючих тоді приватних загальнострахових товариствах. Згодом, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон, Єлизаветград. Пізніше серед підприємців виникла ідея активного підтримання фабричної інспекції, в компетенції якої були запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі. У 1912 р. в Російській Імперії прийнято закон і введено обов'язкове медичне страхування, особливостями якого було:

- поступовість його запровадження протягом декількох років;
- територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни);
- охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості.

Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці, в стра-

хових товариствах повністю, а в лікарняних касах в їх правління входили і виборні з тих, хто застрахований. Внески в товариство страхування від нещасних випадків повністю складалися з відрахувань роботодавців, і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт. Внески в лікарняні каси встановлювалися їх правлінням і склалися на 1/3 із внесків тих, хто застрахований і на 2/3 із доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась хоч і в недостатньому обсязі, але в суспільстві було розуміння того, що ця допомога повинна бути в одній організації в комплексі (матеріально-грошова компенсація втраченого заробітку і натурально-професійне лікування). Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція [5]. Загалом, можемо говорити про досить ефективну систему медичного страхування, яка діяла на території дорадянської України.

Далі відмітимо, що медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини, воно пов'язане з компенсацією витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я, а саме з відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням, придбанням медикаментів, лікуванням у стаціонарі, отриманням стоматологічних послуг, проведенням профілактичних та оздоровчих заходів. Як форма фінансової допомоги медичне страхування повинно ґрунтуватися на певних принципах та виконувати основні функції медичного страхування.

Принципи за ступенем важливості в організації медичного страхування можна умовно розділити на:

- соціально-економічні (максимальна довіра сторін, страховий інтерес, відрахування в рамках реально заподіяних збитків страхувальнику, франшиза, суброгація, контрибуція, співстрахування, перестрахування, диверсифікація);
- ринкові (вільний вибір страховика і виду страхування, страховий ризик).

До основних функцій медичного страхування відносимо наступні:

- акумуляційна, що передбачає формування спеціального страхового фонду;
- компенсаційна, що має на меті відшкодування збитків при страховому випадку;
- превентивна, в свою чергу, обумовлює фінансування та організацію комплексу заходів щодо попередження настання страхового випадку.

Однією з цивілізованих форм ліберальних відносин на ринку медичних послуг є системи, що забезпечують абсолютну соціальну захищеність будь-якого члена суспільства. До таких організаційних форм, зокрема, належать системи медичного страхування, яке є найдієвішим способом фінансування галузі охорони здоров'я. Саме медичне страхування можна охарактеризувати тим джерелом фінансування медичної сфери, яке поєднує в собі найширше задоволення потреб пересічного громадянина в охороні здоров'я та наданні медичних послуг із гнучкістю та поступовістю [5].

В розрізі медичного страхування відомі дві форми його проведення: обов'язкова і добровільна, які істотно відрізняються між собою і перспективи розвитку яких мають пріоритетне зна-

чення в соціально-економічній політиці держави, як основний напрямок забезпечення охорони здоров'я населення країни.

Нині в Україні активно функціонує добровільна форма медичного страхування, що дозволило сформувати певну структуру ринку ДМС. Даний ринок можна подати як багаторівневу систему із складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями, зокрема державними органами нагляду за страховою діяльністю, недержавними страховими об'єднаннями, страховими компаніями, страховими посередниками, медичними закладами, службами асістансу та споживачами.

Добровільне медичне страхування є одним із сегментів вітчизняного страхового ринку, який найбільш активно розвивається в державі. За останні роки частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України неухильно зростала, і у 2015 р. склала 8,5% у валових страхових преміях за всіма видами страхування та 10,9% у валових страхових преміях з добровільних видів страхування (крім життя). У 2003 р. частка ДМС складала лише 3% загального ринку страхування [6].

Ринок медичного страхування досить швидко розвивається, особливо ринок безперервного страхування здоров'я, за яким у 2015 р. було зібрано страхових платежів на 137,9 млн. грн., або на 9,3% більше, ніж у 2014 р. та у 44,9 рази більше, ніж у 2003 р. На зростання обсягу страхових премій суттєво вплинуло подорожчання медичних препаратів за рахунок зміни курсу валюти. У той же час, як позитивний момент, спостерігаємо збільшення кількості договорів за всіма видами страхування, що говорить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування.

В Україні починаючи з 2002 року щорічно пропонуються законопроекти, які в тій чи іншій мірі стосувалися саме обов'язкового медичного страхування (ОМС). Однак, головною проблемою, яка не дозволяє в кінцевому варіанті прийняти той чи інший законопроект полягає у не сформованості цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я на засадах обов'язкового медичного страхування. Саме тому, в країні важливо створити умови, які б сприяли впровадженню ОМС. Для цього необхідно змінити 49 ст. Конституції України, яка стосується «безкоштовної медицини». За ринкових умов медицина не може бути безкоштовною, а система Семашко, декларована ще в радянські часи, у теперішній час не діє. У свою чергу, держава може фінансувати лише окремі стратегічні програми, решта видів покриття повинні підпадати під страхове забезпечення, тому доцільно визначити, які статті підлягають державному забезпеченню, а які – страховому покриттю [2].

Крім того, варто встановити чіткий перелік базових медичних послуг, які повинні надавати медичні установи застрахованим за ОМС і розрахувати їх вартість. Краще всього, якщо ця вартість буде єдиною на всій території України, але залежить від рівня медичної установи, а все інше, що вийде за межі переліку віддати для покриття за програмами ДМС.

Проблематика функціонування страхових процесів у нашій державі ще суттєво не вирішена. Це твердження підкріплено наявністю перешкод подальшого розвитку страхової діяльності в Україні:

- відсутність законодавчої бази, яка б свідчила про проведення державою активної структурної політики на ринку страхових послуг;
- невеликий фінансовий потенціал українських страховиків і низький рівень платоспроможності страхувальників;
- відсутність стимулів податкового характеру для довгострокового страхування життя та низька страхова культура населення.

Всі перелічені перешкоди стали актуальною проблемою сьогодення, яка потребує негайного вирішення для підвищення ефективності функціонування страхового ринку в Україні. Основною проблемою, що постала у сфері медичного обслуговування, є невідповідність існуючим потребам обсягів коштів, що спрямовуються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції, розвитку тіньової економіки, оскільки змушує пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у непередбачений законами України спосіб.

Діюча система медичного забезпечення в Україні перебуває в організаційно-структурній та фінансовій кризі, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у цій системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, низькою часткою видатків на охорону здоров'я по відношенню до ВВП [5]. Перехід до обов'язкового соціального медичного страхування в Україні є єдиним засобом поліпшення ситуації з охорони здоров'я, що перевірено світовим досвідом і сприятиме підвищенню якості, доступності та своєчасності надання медичної допомоги населенню.

Обов'язкове медичне страхування повинно охоплювати практично все населення та задовольняти основні першочергові потреби, але існує ряд перешкод переважно правового характеру, що не дозволяють реалізувати вищевказані принципи. Серед головних можна назвати такі:

- забезпечення збалансованості законодавчих актів із соціального страхування та загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що суттєво підвищить стабільність галузі охорони здоров'я в цілому;
- підвищення відповідальності органів державної влади й місцевого самоврядування щодо зобов'язань, пов'язаних зі страхуванням пільгових груп населення;
- чітке розмежування функцій і відповідальності на різних рівнях управління системою;
- створення механізмів реального забезпечення захисту прав пацієнтів;
- забезпечення дієвого контролю з боку державних органів за цільовим використанням коштів, що будуть виділені на ці цілі [8].

З метою активізації роботи як в галузі охорони здоров'я так і в сфері медичного страхування, у серпні 2014 року Міністерством охорони здоров'я була розроблена та прийнята до реалізації «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» [6]. Відповідно до цієї стратегії передбачено, що під

час першої фази реформи охорони здоров'я не рекомендується вдаватися до збору коштів (наприклад, запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування).

Однак створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов'язковим. Із цією метою важливим є перенесення внесків роботодавців на медичне страхування з графі оподатковуваного прибутку до графі витрат. З часом надходження, отримані від медичного страхування, повинні покращити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет. Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів й реформі платежів, в стратегії рекомендується суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду часу необхідно підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів.

Враховуючи розглянуте, очевидно, що основні напрями вдосконалення обох форм медичного страхування в сучасних умовах мають включати в себе:

- підтримку здійснення профілактичних програм;
- проведення законотворчої діяльності та скоординованої політики планування та впровадження профілактичних програм;
- переорієнтацію служб охорони здоров'я на пріоритет надання амбулаторно-поліклінічної допомоги та посилення профілактичної спрямованості в діяльності служб охорони здоров'я;
- навчання населення здоровому способу життя та впровадження програм медично-санітарної освіти, спрямованих на активну стійку мотивацію збереження та зміцнення здоров'я;
- проведення досліджень і маркетингу з метою вибору найбільш ефективної стратегії й тактики профілактичних програм і механізмів їхньої реалізації.

Фінансове забезпечення наведених заходів по збереженню здоров'я нації країни могло б бути реалізоване за рахунок більш повного використання можливостей добровільного медичного страхування.

З метою виявлення сучасних тенденцій ресурсного забезпечення медичного страхування наведемо основні джерела надходжень коштів, які представимо трьома видами:

- державний сектор;
- приватний сектор;
- міжнародні програми допомоги.

До основних тенденцій фінансування належать дефіцит коштів бюджетної системи, розширення інших каналів надходження, де переважають кошти населення та підприємницьких структур.

Проведений аналіз свідчить, що в державі використовуються практично всі можливі джерела фінансування охорони здоров'я, однак чіткої їх системи не сформовано. Вона потребує опрацювання для комплексного використання всіх джерел і оптимізації їх структури. Така система, закріплена законодавчо, має забезпечити сучасний ефективний розвиток галузі охорони здоров'я загалом.

Конкуренція на страховому ринку є основним фактором його модернізації за такими напрямками як тісне прив'язування страхових продуктів до безпосередніх потреб клієнтів, включення до складу програм супутніх послуг (наприклад, відвідування тренажерного залу, басейну), розширення переліку хвороб, що покриваються страховим захистом (лікування туберкульозу, цукрового діабету) тощо. Пріоритетним напрямом зниження цін на ці послуги і стабілізації тенденції щодо рівня виплат є фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зменшення страхових випадків.

У структуру страхових тарифів з медичного страхування доцільно ввести обов'язковий елемент «витрати на проведення превентивних заходів», які передбачатимуть фінансування послідовного і регулярного медичного обстеження вразливих верств населення з метою виявлення та своєчасного лікування різних захворювань, а також в цілях профілактики загострення хронічних захворювань та ускладнень, що дозволить, в свою чергу, знизити рівень захворюваності та смертності, а отже – підвищити соціальну ефективність добровільного медичного страхування.

**Висновки.** З розглянутого, можна констатувати, що економічна необхідність медичного страхування зумовлена потребами фінансування медицини як галузі соціальних послуг. Значення медичного страхування в системі соціального захисту громадян полягає у забезпеченні та відновленні здоров'я і працездатності членів суспільства, воно доповнює гарантії, надані в рамках державного забезпечення, до максимально можливих у сучасних умовах стандартів. Ми розглядаємо, медичне страхування як систему економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних з втратою здоров'я.

Проведене дослідження свідчить, що організація системи охорони здоров'я в Україні частково базується на принципах, сформованих ще за радянської доби, отже, не враховує наявність нових економічних реалій щодо надання медичних послуг. Відповідно до оцінки сучасних методів та форм фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я нами виявлено таку тенденцію фінансування, як стабільний рівень дефіциту бюджетних коштів.

Крім того, розвиток добровільного медичного страхування, як і розвиток страхового ринку в цілому, відбувається в Україні нерівномірно. До негативних тенденцій, з якими стикаються страхові компанії, котрі здійснюють добровільне медичне страхування, належать: несприятлива економічна ситуація, жорстка конкуренція, високий рівень безробіття, низький рівень платоспроможності населення, неадекватні законодавчі акти, неузгодженість економічних інтересів суб'єктів страхового ринку, захоплення компаніями значної частки ринку, яка не відповідає рівню платоспроможності та фахової компетентності, низький професіоналізм кадрів тощо.

Однією з перспективних і цивілізованих форм забезпечення соціальних потреб громадян у сфері охорони здоров'я є добровільне медичне страхування, яке відіграє суттєву роль у со-

ціально-економічному розвитку країни і, окрім ефективного вирішення проблем забезпечення якісною медичною допомогою населення та фінансування системи охорони здоров'я, сприяє зміцненню матеріально-технічної бази медичних закладів. Це дає підстави наголошувати на необхідності залучення страхових компаній до системи обов'язкового медичного страхування. Також є два чинники, які потребують постійного моніторингу для виявлення тенденцій до покращення – це висока вартість страхових послуг із медичного страхування та стабільне зростання рівня виплат за добровільним медичним страхуванням.

До основних заходів подальшого розвитку медичного страхування та його фінансового забезпечення в Україні має стати:

- створення розвинутої та платоспроможної системи страхування, здатної компенсувати збитки від непередбачених подій;
- зміцнення фінансових основ національної системи страхування що виключає можливість виникнення системних криз;
- підвищення якості здійснення ринку медичного страхування функцій по акумуляції коштів населення, підприємств і трансформації їх в інвестиції;
- зміцнення довіри до українського страхового ринку з боку інвесторів, іноземних перестраховиків та перестраховальників, а також вітчизняних страхувальників, у першу чергу населення.

Отже, одним із шляхів реалізації фінансового забезпечення медицини є стимулювання добровільного медичного страхування. На зацікавленість суб'єктів приватної системи охорони здоров'я в становленні і розвитку в Україні цивілізованого ринку медичних послуг впливає рівень забезпечення надійних гарантій високої якості і сервісу медичних послуг. Це сприятиме зростанню довіри населення нашої країни до приватної

системи охорони здоров'я, а через систему добровільного медичного страхування медичні послуги стануть доступними ширшому загалу пацієнтів, оскільки фінансове навантаження з оплати медичних послуг у приватній клініці за наявності договору добровільного медичного страхування буде значно нижче.

Напрями вдосконалення системи надання та фінансування медичних послуг окреслені так:

- персоніфікований облік виділяються державні кошти і здійснюються витрати у розрахунок податкового принципу фінансування програми державних гарантій;
- розширення платоспроможного попиту на добровільне медичне страхування у середнього класу великих міст у міру стабілізації економіки України, ширше залучення в сферу добровільного медичного страхування;
- законодавче врегулювання питання про можливість віднесення витрат на медичне страхування працівників до валових витрат;
- розширення маркетингової діяльності у сфері добровільного медичного страхування;
- розмежування верств населення відповідно до середнього рівня заробітної плати з метою надання безкоштовних медичних послуг лише конкретним категоріям громадян (пенсіонери, діти, інваліди тощо) та громадянам з низьким рівнем доходів.

Таким чином, вдосконалення законодавчої бази у сфері медичного страхування має пріоритетне значення для введення його обов'язкової форми. Покращання системи охорони здоров'я значною мірою залежить від системи добровільного медичного страхування, яка повинна вирішувати питання гарантованості й доступності медичних послуг для широких верств населення, дозволить залучити додаткові ресурси у сферу охорони здоров'я.

## Список літератури:

1. України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86/98-ВР зі змінами і доповненнями // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
2. Інтернет-журнал «Про страхування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/>
3. Козьменко С.М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С.М. Козьменко. – Режим доступу: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua>
4. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/11/Strategiya\\_UKR.pdf](http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/11/Strategiya_UKR.pdf)
5. Ніколаєнко С.М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С.М. Ніколаєнко. – Режим доступу: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fbusiness-inform.net>
6. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nfp.gov.ua/>
7. Пахненко О.М., Лисенко В.С. Мікрострахування як підґрунтя для розвитку добровільного медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / О.М. Пахненко, В.С. Лисенко. – Режим доступу: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fbusiness-inform.net>
8. Світлична О.С. Еволюція медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / О.С. Світлична. – Режим доступу: <https://docviewer.yandex.ua/>

**Демченко О.П.**

Винницький торгово-економічний інститут  
Київського національного торгово-економічного університета

## **ПРАГМАТИКА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ**

### **Аннотация**

Статья посвящена финансовому обеспечению медицинского страхования в Украине, в частности описано состояние и основные проблемы финансирования. Осуществлен анализ добровольного медицинского страхования и перспективы введения обязательной формы медицинского страхования в государстве. Предложены направления совершенствования финансового обеспечения обеих форм медицинского страхования в современных условиях.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, финансовое обеспечение, финансирование здравоохранения, личное страхование.

**Demchenko O.P.**

Vinnytsa Institute of Trade and Economics  
Kyiv National University of Trade and Economics

## **PRAGMATICS OF MEDICAL INSURANCE'S FINANCIAL PROVISION IN UKRAINE**

### **Summary**

The article is devoted to the financial security of medical insurance in Ukraine, in particular, deals with the state and main problems of financing. The analysis of voluntary health insurance and the prospects for the introduction of mandatory health insurance in the state. The directions of improvement of financial provision of both forms of medical insurance in modern conditions.

**Keywords:** health insurance, financial services, health care financing, private insurance.