

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

УДК 614.2:368.041(4)

Латишев Є.Є.,
Бекало М.С.

ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ-ЧЛЕНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)
Медична служба УМВС України в Миколаївській області (м. Миколаїв)

Резюме. За результатами аналізу літературних даних узагальнено досвід функціонування добровільного медичного страхування в країнах-членах Європейського Союзу та обґрунтовано підходи до розвитку зазначеного виду страхування в Україні.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, фінансування та організація охорони здоров'я, постачальник та замовник медичних послуг.

Дослідження видів та моделей функціонування добровільного медичного страхування (ДМС) в різних країнах світу, набутий ними досвід є актуальними з точки зору вивчення додаткових джерел фінансування для систем охорони здоров'я та розширення доступу до більшого спектру якісних медичних послуг.

В рамках цієї статті розглянуто можливі тенденції розвитку системи охорони здоров'я України в обґрунтуванні додаткових джерел фінансування медичних послуг для окремих категорій населення у період відсутності обов'язкового медичного страхування.

Огляд національних моделей охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу (ЄС) свідчить про досить значне розмаїття можливих підходів до фінансування, організації та надання медичної допомоги. В більшості країн ЄС історично сформувалися системи переважного фінансування на основі медичного страхування чи збору податків в бюджет охорони здоров'я. Крім того, обов'язковою складовою у джерелах фінансування з 27 країн ЄС у 26, крім Словачії, відмічається наявність системи ДМС [4,25,26].

Слід відмітити, що принципи страхової медицини в більшості країн ЄС домінують, як над повністю приватним, так і над повністю державним фінансуванням [2].

На ринку ДМС інформація про медичні послуги розділена асиметрично між лікарями

і пацієнтами, і, як правило, має місце "попит, що стимулюється постачальниками". За своїми можливостями впливати на попит медичних послуг роль лікарів унікальна. При цьому, лікарі часто керуються власними економічними інтересами. Тому в більшості випадків медичні послуги в інтересах пацієнтів закуповують кваліфіковані посередники - страховики. Інша форма захисту пацієнтів – це ліцензування лікарів, що засвідчує, що їх знання і уміння відповідають встановленим вимогам [12].

Метою нашого дослідження є аналіз видів, моделей та особливостей добровільного (приватного) медичного страхування в країнах ЄС. У якості **джерельної бази** обрано наукові інформаційні дані, для аналізу яких використовувалися бібліосемантичний метод, системного підходу та аналізу.

За результатами аналізу літературних джерел встановлено, що за останні 20 років в країнах ЄС не спостерігається стійкого зростання попиту на послуги ДМС [14]. Частково це пов'язано з тим, що країни продовжують забезпечувати всеохоплююче страхове покриття населення (участь у державній системі медичного страхування обов'язкова для громадян більшості країн ЄС). Певною мірою це пов'язано із зусиллями країн до впровадження інших, окрім ДМС, методів перекладання витрат на плечі споживачів (серед таких методів

є прями збори з пацієнтів – замовників медичних послуг).

Частка витрат за рахунок ДМС у відношенні до загальних витрат на охорону здоров'я в країнах ЄС залишається різною: від 0,1% у Болгарії та Естонії до 8,2% – у Австрії, 12,7% – у Словенії, 12,8% – у Франції та 20,1% – у Нідерландах. Слід відзначити, що у країнах з незначною питомою вагою ДМС значно представлені сплати за рахунок пацієнтів (Болгарія – 41,6%, Естонія – 20,7%) і навпаки з розвинутим ДМС сплати пацієнтів менше – Франція (7,4%), Нідерланди (8,0%) [18-21,23].

Незначна частка ДМС в країнах Центральної Європи традиційно пояснюється наявністю державних виплат та компенсацій. Покриття системою ДМС залишається низьким в південних країнах ЄС, у тому числі в Греції (2,1%), тоді як індивідуальні платежі постачальникам в цих країнах часто дуже високі (Греція – 46,5%) [22]. У Німеччині доля ДМС до десяти відсотків (9,1%) – це можна пояснити як високим рівнем державних компенсацій та всеосяжним характером державних пільг і виплат, так і дороговизною ДМС [24].

Одна з головних причин недостатнього розвитку ДМС полягає в небажанні платити страховикові – “третьій стороні”. Якщо люди звикли платити своєму лікарю чи лікарні безпосередньо, переказ грошей “третьій стороні” може здатися непотрібною в стосунках “хворий-лікар”. Цей елемент культурної традиції значно впливає на поширення ДМС в країнах Центральної і Східної Європи, де відмічається високий рівень прямих платежів.

Встановлено, що в країнах ЄС ДМС є комерційним способом соціального захисту цільових груп населення, яке здійснюється, як правило, приватними страховими компаніями та розділяється на три види [8]:

- замішуюче страхування – страхування, що є заміною узаконеної системи обов'язкового державного соціального медичного страхування;

- додаткове страхування – страхування, що надає додаткове покриття для послуг, повністю або частково виключених з державної системи;

- доповнююче страхування – страхування, додатково покриваюче прискорений доступ чи розширений споживчий вибір.

Ці види приватного медичного страхування розрізняються також за способом калькуляції внесків (відповідно до індивідуальних, групових чи суспільних ризиків), за способом визначення пільг і за статусом постачальників

страхових послуг (комерційні та некомерційні страхувальники).

Замішуюче ДМС, наприклад, найбільш розвинене в Німеччині, є альтернативою державному страхуванню та забезпечує страхове покриття громадян, що не знаходяться в державній системі страхування. Доступ до замішуючого ДМС визначається переважно розміром доходів (як правило, у громадян, які мають доходи 100 000 євро і вище на рік – це до 10% населення). При цьому розцінки на послуги, що надаються ДМС, приблизно на 1/3 вищі, ніж розцінки на послуги державної служби охорони здоров'я [25].

Додаткове ДМС повністю чи частково покриває послуги, які не входять до державної системи фінансування. Воно доступне для всіх громадян ЄС, хоча і в різній мірі. Як правило, додаткове страхування – це спільні платежі на медикаменти, витрати на послуги лікарів і допоміжного медичного персоналу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), лікарів-спеціалістів вторинної допомоги, а також витрати на послуги, які виключені з пакету пільг та медичної допомоги, що фінансуються державною службою охорони здоров'я. При цьому, рівні компенсації можуть бути різними як в залежності від країни, так і в залежності від обраного страхового пакету.

Доповнююче ДМС розширює споживчий вибір і традиційно гарантує прискорений доступ чи розширений споживчий вибір, в деяких випадках підвищує можливість вибору між постачальниками медичних послуг.

Слід відмітити, що межа між доповнючим та додатковим ДМС не завжди очевидна, ці дві форми можуть частково перекривати одна одну. Ринок замішуючого страхування допускає більш активне державне регулювання, а ринок доповнюючого та додаткового страхування регулюється відносно слабо.

В країнах ЄС розділяють класичний, ідеальний та реальний ринки добровільного медичного страхування.

У класичному ринку пацієнт купує медичні послуги за ринковими цінами, вибираючи будь-якого виробника, що його влаштує. Здійснюючи цю покупку, він керується власними міркуваннями про цінність для нього цієї покупки. Його вибір визначається переважно ціною на послуги. Чим нижче ціна, тим більше послуг готовий сплатити пацієнт. При збільшенні попиту на які-небудь послуги виробники збільшують кількість цих послуг і одночасно підвищують ціни. Але покупці негативно на це реагують. Попит падає, вироб-

ники починають знижувати ціни. У якийсь момент за певної ціни кількість послуг, що пропонуються і таких, що купуються співпадає. Ця точка називається точкою рівноваги. Вона нестійка, оскільки виробники продовжують підвищувати ціни, попит же починає падати, ринок виходить з точки рівноваги, щоб повернутися в неї через деякий час.

Таким чином, в класичному ринку ціна і кількість пропонованих послуг коливаються навколо точки рівноваги [3].

Ідеальний ринок припускає, що покупець має повне уявлення про споживчі властивості товару. У відношенні медичних послуг це означає, що пацієнт точно оцінює стан свого здоров'я, знає, які медичні послуги йому потрібні і які зміни стануться в результаті надання послуги. Очевидно, що в сфері охорони здоров'я такі знання пацієнта неможливі. Однак, наявність визначеності означає, що споживач точно знає, в яких послугах і якого обсягу він має потребу. Це вкрай рідко зустрічається на ринку медичних послуг, хіба що у відношенні до профілактичних послуг. Оскільки медичні послуги – “негативний” товар, то його закупають тільки у випадку захворювання, а трапляється це, як правило, несподівано і непередбачено. Ідеальний ринок припускає, що покупець приймає рішення вільно, без зовнішніх впливів.

Інша картина в медичних структурах-постачальниках. За медичними послугами пацієнт звертається до лікаря, який є, на відміну від пацієнта, професіоналом в галузі медицини. Саме лікар визначає і кількість, і набір медичних послуг, що купуються пацієнтом. Для того щоб ідеальний ринок функціонував, на ньому повинні з'являтися і виходити дрібні виробники під впливом змін попиту і цін. Але лікування завжди вимагало глибоких спеціальних знань, і засвідчувати ці знання (ліцензувати) стали такі ж професіонали-лікарі. Таким чином, вони отримали можливість обмежувати доступ на ринок нових виробників. Крім того, як правило, лікарі працюють у складі великих установ, що ще більше обмежує свободу дрібних виробників. Ідеальний ринок дуже привабливий – адже при такій моделі поведінка окремих дрібних виробників дозволяє суспільству без значних накладних витрат придбавати необхідні послуги за оптимальною ціною [9]. Дійсно, усі охочі можуть отримати які-небудь медичні послуги без всякої черги і за тими цінами, за які вони можуть купити ці послуги. Однак, у сфері медичних послуг ідеальний ринок не працює. Таким чином, “зо-

лотий стандарт”, що забезпечується ідеальним ринком, в охороні здоров'я недосяжний [3].

Реальний ринок ДМС представлено розвиненою системою приватних медичних установ і комерційним медичним страхуванням, де лікарі є продавцями медичних послуг, а страховики – їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку і володіє усіма його перевагами і недоліками [10].

Через гостру конкуренцію створюються умови зростання якості, пошуку нових продуктів і технологій, жорсткого вибраковування економічно неефективних стратегій і учасників ринку. Це визначає позитивні сторони ринкової моделі страхування. Проте, з іншої сторони, недостатнє врахування специфіки даного виду товару (необмеженість попиту на медичні послуги, монополізм продавця і так далі) обумовлює відомі негативні моменти і, саме головне, нерівний доступ до медичної допомоги.

Класичний ринок організації системи фінансування – один з найбільш якісних, але, в той же час, один з найбільш дороговартісних. З економічної точки зору ця модель є неефективною, вимагає перевитрат грошових коштів. Крім того, в системі охорони здоров'я, організованій на ринкових принципах, не забезпечуються соціальні гарантії населення у отриманні медичних послуг. Ринкова модель не володіє властивістю доступності для усіх шарів своїх громадян. Спостерігається також крайня нерівномірність в споживанні медичних послуг, яка тісно корелює з диференціацією прибутків. Так, у 1990 році 70% усіх отриманих медичних послуг на ринку ДМС в країнах ЄС приходилося на 10% населення з високим рівнем прибутків [16].

Недосяжність ідеального ринку приватного медичного страхування обґрунтовує доцільність урядового втручання, яке носить різні форми в різних країнах. Відрізняється і міра втручання, але присутнє воно скрізь. Міра урядового втручання постійно змінюється – посилюється там, де воно слабке, і ослаблюється, якщо занадто сильне. Рішення залежить від передісторії, традицій, національного менталітету та інших чинників [15].

Так, держава може регулювати діяльність страховиків, встановлювати такі нормативи формування засобів на ведення справи, щоб на страховому полі могли працювати тільки відносно великі страхові організації, тобто виключити неекономічність діяльності безлічі дрібних страховиків.

Очевидно, що всі застраховані мають рівний ризик захворіти. Проте в реальному житті чим старше людина, тим більше для неї ризик захворіти, крім того, ризик залежить від професії, наявності хронічних захворювань або схильності до них. Тому на приватному ринку ДМС відбувається відбір ризиків.

Приватні ринки залучають в процес медичного страхування безліч дрібних страховиків, діяльність яких також вимагає витрат, крім того, має місце неекономічність через малі масштаби страхових організацій.

У системах приватного медичного страхування існує проблема не виправданого споживання медичних послуг, відома як “моральні витрати”. Моральні витрати бувають двох типів – моральні витрати пацієнта (замовника) і моральні витрати лікаря (постачальника) [5].

Моральні витрати замовника пов’язані, в основному, з двома чинниками. Застраховавшись, пацієнт отримує медичні послуги безкоштовно в момент споживання або з невеликими доплатами. Таким чином, зникають цінові сигнали, діючі між постачальником і замовником на ринку медичних послуг, і відбувається надмірне споживання “безкоштовних” медичних послуг (тобто пацієнт звертається за медичною допомогою і тоді, коли міг би без неї обійтися, і так далі).

Моральні витрати постачальників виникають через те, що у лікарів з’являються стимули рекомендувати пацієнтові необов’язкові або навіть непотрібні обстеження і процедури.

Таким чином, надмірне споживання медичних послуг – неминуча риса медичного страхового ринку.

Існують наступні способи не виправданого споживання медичних послуг (моральні витрати замовника), тобто цінові регулювальники: співстрахування, співплатежі, неповне відшкодування, які широко застосовуються в системі ДМС.

Способи компенсації моральних витрат постачальників медичних послуг (поведінка лікарів, при якій вони стимулюють зайвий попит на медичні послуги) наступні:

- застосування стандартів, протоколів лікування, клініко-діагностичних груп, оплата за закінчений випадок хвороби за заздалегідь встановленими тарифами;

- використання схем фондотримання (коли лікарі ПМСД купують необхідні послуги для своїх пацієнтів і знаходяться у ролі регулювальника витрат).

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи ДМС, можна все ж

виділити ряд функцій, механізмів фінансування і надання медичної допомоги, що відображають спільність розвитку, властиву різним країнам.

Виділяють чотири основні функції фінансування охорони здоров’я через систему ДМС [5].

Перша важлива функція такого виду фінансування – механізм мобілізації коштів (збір платежів). Збір (інкасація) приватних медичних страхових внесків може здійснюватися незалежними приватними організаціями – приватними комерційними страховими компаніями або приватними некомерційними страховими компаніями і фондами.

Механізм мобілізації коштів – приватні страхові внески, які сплачуються або окремим індивідом, або найнятими робітниками на паях з наймачем, або тільки наймачем.

Друга не менш важлива функція фінансування ДМС – створення пулів коштів, інкасованих з прямих зборів користувачів, і розподіл цих коштів в страховій організації. Одна з проблем ДМС – пулінг (об’єднання) ризиків і розподіл (перерозподіл) фінансових коштів всередині фонду.

В умовах ДМС кожен фонд об’єднує абонентів одного і того ж страховика. Проте можливості об’єднання (концентрації, усереднювання) ризиків обмежені актуарними внесками, розмір яких обумовлений ризиком окремого абонента. Калькуляція ризиків з урахуванням групових ризиків дозволяє об’єднати ризики усіх працівників цієї фірми. При цьому найважливішим аспектом створення пулів і розподілу коштів є рух коштів від здорових до хворих (розподіл ризиків).

ДМС, подібно до зборів з користувачів, зв’язує розмір індивідуального внеску з фактом хвороби, а не з розміром доходу. При фінансуванні шляхом зборів з користувачів ризики розподіляються згідно з фактом хвороби або, щонайменше, згідно з фактом використання медичної допомоги.

Внески, що розраховуються згідно з індивідуальним ризиком, засновані на актуарній імовірнісній калькуляції. Це звичайний шлях калькуляції розміру внеску на індивідуальному ринку ДМС. Страхові внески можуть калькулюватися з обліком індивідуальних ризиків на основі оцінки вірогідності того, наскільки даний індивід може потребувати медичної допомоги.

Там, де поліси купуються через посередництво наймача, внески зазвичай розраховуються виходячи з групового ризику, тобто

з середнього значення ризику для найнятих робітників даної фірми. Калькуляція актуарних внесків зв'язана зі значними труднощами, оскільки передбачені та реальні витрати розрізняються дуже істотно. Прискіпливість страховиків може рости пропорційно віку особи, що купує поліс. В той же час здатність об'єднання (пулінгу) ризиків падає по мірі збільшення віку претендентів на поліс. Це створює труднощі для ДМС, яке діє найбільш ефективно в тих випадках, коли сукупні ризики добре відомі, а індивідуальні - ні [11].

Приватне довгострокове страхування здоров'я рекомендується як засіб захисту на випадок втрати працездатності в старості. Проте дослідження показують, що страхування цього типу характеризується досить складними актуарними розрахунками. Так звана область невизначеності між самими низькими і найвищими планованими значеннями відносно майбутніх потреб в лікуванні виявляється надзвичайно широкою.

Третя функція фінансування в ДМС – використання фінансових ресурсів через провайдерів.

Виділяють приватне фінансування з наданням медичних послуг у приватних постачальників медичних послуг та приватне фінансування, з наданням медичних послуг некомерційними постачальниками медичних послуг (групові сімейні лікарські практики або організації з підтримки здоров'я).

Четверта функція фінансування в ДМС – визначення форм і методів державного регулювання надання медичної допомоги [12, 15]. ДМС може частково субсидуватися державою з використанням податкових знижок або звільнення від податків. Субсидування ДМС може здійснюватися з податкових надходжень. Цільові субсидії можуть бути ваучерами або пряме придбання страховки державою від імені претендента [5].

Основними формами податкових пільг для купівлі ДМС є звільнення від податків (внески, вираховані із загального доходу до утримання податків) і податкова знижка (вирахування із загальної суми податків, обов'язкових для індивіда або господарства). Подібні податкові пільги часто не враховуються в господарських балансах країн і тому можуть вважатися прихованою формою державних витрат.

Податкові пільги – таке ж реальне переведення державних коштів в приватний сектор, як і прямі субсидії. Заохочуючи приватне медичне страхування, податкові пільги вносять елемент регресивності в загальну структуру фі-

нансування охорони здоров'я. Уряди можуть зберегти приватне страхування у досить великих масштабах, використовуючи різні форми регулювання, що обмежує конкурентні стратегії приватних страховиків. Вони можуть зажадати від страховиків обліку громадських ризиків (тобто встановлення схожих внесків для усіх претендентів), а не оцінки індивідуальних або групових ризиків (тобто встановлення розміру внесків в залежності від минулого досвіду або інших чинників, пов'язаних з ризиками).

Оскільки облік громадських ризиків несумісний з максимізацією прибутків, для його підтримки потрібні подальші регулюючі заходи і різні форми субсидій чи переказу коштів між страховиками.

Уряди можуть піти ще далі, вимагаючи від усіх або від деяких громадян купувати послуги приватного страхування на умовах, що диктуються державою. В той же час, при заохоченні приватного страхування приховані форми податкового фінансування віддаляють уряди від постачальників медичних послуг.

За результатами аналізу літературних джерел встановлено наступні особливості економічних моделей ДМС. В основі моделей полягає розуміння і визначення "товару" – медичної послуги, яка розглядається як приватне благо, тобто звичайний товар, який може бути придбаний або проданий у відповідності з класичними законами ринку [7]. Асортимент медичних послуг формує певний їх спектр, який може бути охарактеризований як комплексне (повне) страхування здоров'я та життя у різних варіантах. Доступність медичного обслуговування обмежується платоспроможністю пацієнтів чи працедавців. Має місце вільний вибір страхового полісу і обсягу закуплених послуг. Державне регулювання цін на медичні послуги ускладнене. Ціна формується в результаті угоди між пацієнтом, страховиком і медичною структурою. Витрати на визначення рівня ризику, обробку і підтвердження рахунків можуть бути значними. Певні повноваження з контролю за внесками і ефективністю витрачання засобів належать приватним страховим компаніям. Страхові гарантії визначаються обов'язками, визначеними в договорі [9].

В країнах ЄС виділяють дві основні моделі функціонування ДМС.

Перша модель передбачає, що пацієнти оплачують медичні послуги самі, але їх вартість (зазвичай частина вартості) відшкодовується страховою компанією.

Щоб запобігти необґрунтованому споживанню медичних послуг з боку замовника, страховики широко використовують:

- співстрахування, коли частину страхового внеску платить працедавець, а частину - сам застрахований;

- "від'ємник", або франшизу, коли пацієнт сам оплачує медичні послуги до деякої встановленої суми, вище за яку відшкодування виплачує страховик.

У цій моделі страхові внески залежать від індивідуальних ризиків (або ризиків малої групи). Застраховані мають повну свободу у виборі лікаря чи медичної установи (в межах переліку послуг, що входять в страховий план).

У моделі фінансуюча сторона (страховики) і постачальники медичних послуг розділені. Страхова компанія не має ніяких договорів з виробниками (лікарями, лікарнями), оплачуючи їх послуги за гонорарним принципом. Таким чином, у страховика немає важелів дії на постачальника. Лікарі мають стимули збільшувати кількість і вартість послуг, що надаються, нарощувати обсяг дорогих обстежень. Тобто в цій системі має місце попит, що стимулюється постачальником. Спроби страховиків контролювати обсяг і вартість послуг не дали помітних результатів. При такій моделі в повній мірі проявляються недоліки приватного ринку медичного страхування [11].

Друга модель організації ДМС характеризується інтеграцією між страховиками, тобто фінансуючої стороною, і постачальниками медичних послуг.

Модель відрізняється від попередньої тим, що лікарі і медичні структури, відокремлені від покупця медичних послуг (страховика або фінансуючого органу), працюють з ним за контрактами. Покупці укладають з медичними установами контракти, в яких обумовлюють обсяги, якість і вартість послуг, що купуються, можуть вибирати постачальників, в тому числі поза своєю територією.

Один з видів контрактів - приватне фінансування групових сімейних лікарських практик (при цьому страхові внески визначаються залежно від ризику настання страхової події). Частина фінансування передбачає не лише покриття витрат практики, але і оплату планових госпіталізацій, додаткових обстежень і консультацій інших лікарів. Таким чином, на внутрішньому ринку з'являються економічно мотивовані лікарі ПМСД [17]. При цьому лікарі ПМСД стали економічно зацікавлені обслуговувати більше пацієнтів, надавати їм максимум послуг власними силами або в амбулаторних

умовах. Для них стала вигідною активна профілактична діяльність, що знижує захворюваність, а значить, і витрати. При госпіталізації пацієнтів з'явилася зацікавленість направляти пацієнта в той стаціонар, де можна отримати адекватне якісне лікування за прийнятними розцінками. Таким чином, лікарі ПМСД при визначенні тактики лікування пацієнта одночасно вирішують проблему оптимізації витрат на його лікування. Групові сімейні лікарські практики є організаціями з підтримки здоров'я (профілактика і зміцнення здоров'я). Вони розглядаються як переважні постачальники медичних послуг, що у своїй діяльності зробили акцент на забезпечення керованої медичної допомоги.

Відмічається різна міра керованості – від створення інтегрованих систем надання допомоги, в якій в єдиній юридичній структурі працюють страховики і лікарі, до укладання контрактів з деякими постачальниками.

Таким чином, особливість системи інтеграції страховиків і постачальників медичних послуг – обмеження вибору для застрахованого.

Групові сімейні лікарські практики активно займаються управлінням ресурсами з метою оптимізації їх використання і скорочення вартості медичної допомоги застрахованим, зміщення основного обсягу допомоги на амбулаторний етап і т.д. [13].

Викладена модель організації ДМС на основі інтеграції діяльності між страховиками і виробниками медичних послуг та їх фінансування на контрактній основі створює умови для більш ефективного функціонування системи, що призводить до:

- зведення до мінімуму прагнення лікарів стимулювати попит на медичні послуги;

- наявності конкуренції серед постачальників медичних послуг як мінімум ПМСД (краще, якщо вони є приватними підприємствами).

Безумовно, операційні витрати при приватному медичному страхуванні в цілому вищі. Вони пов'язані із значними адміністративними витратами на виписування рахунків, заключення контрактів, інспекцію і маркетингом. Такі зусилля потрібні як для оцінки ризиків, встановлення внесків, розробки складних пакетів пільг і допомоги, так і для перевірки та оплати страхових вимог або відмови в оплаті за цими вимогами.

Представлений аналіз інформаційних наукових джерел доводить ефективність функціонування моделей, фінансових механізмів та

особливостей ДМС в країнах ЄС обґрунтовує необхідність подальших досліджень у цьому науковому напрямку в Україні для формування передумов щодо розвитку добровільного та запровадження обов'язкового медичного страхування.

Висновки

1. Вивчення досвіду країн ЄС показало, що ДМС є додатковим джерелом фінансування охорони здоров'я. Воно присутнє як в країнах з бюджетним фінансуванням, так і в країнах з обов'язковим соціальним медичним страхуванням.

2. Встановлено, що ДМС застосовується для частини населення, яка має значні доходи або за певні високотехнологічні, більш комфортні або негарантовані види медичної допомоги.

3. Досліджена структура ринку ДМС і виділено три його види: заміщуюче страхування (служить заміною державній системі), доповнююче страхування (надає покриття для послуг, що не компенсуються або, що лише частково компенсуються державою) і додаткове страхування (служить прискоренню доступу і розширенню споживчого вибору).

4. Встановлено, що на поширення ДМС в країнах ЄС впливають такі чинники, як розміри витрат державного і приватного сектору, культурні традиції, форми платежів за медичні послуги.

5. Проаналізовано основні функції економічних моделей ДМС, їх головні характеристики та особливості з тенденціями його розвитку в різних країнах ЄС.

6. Визначено, що подальший розвиток ДМС і розширення його використання активно дискутується в країнах ЄС, тому що ДМС, з одного боку, сприяє збільшенню грошових надходжень в охорону здоров'я, розвитку високих медичних технологій і конкуренції серед постачальників медичних послуг, з іншого – обмежує доступ бідних верств населення до певних видів медичної допомоги. Для охочення і підтримки цього виду медичного страхування уряди низки європейських країн використовують податкові стимули при купівлі медичних послуг – податкові пільги і цільові субсидії. Ці заходи державного регулювання дозволяють скорегувати проблеми, породжені негативним відбором пацієнтів на ринку, а також підвищити доступність послуг для населення.

7. Встановлено, що підвищення якості страхового забезпечення і ефективне використання ресурсів базується на основі введення програм керованої медичної допомоги. Ці програми передбачають, з однієї сторони, введення в структуру медичної допомоги послуг з профілактики і зміцнення здоров'я, з іншої – формування системи інтегрованої діяльності між страховиками і постачальниками медичних послуг. Це створює передумови як для формування конкурентного середовища, так і для раціоналізації витрат на надання медичної допомоги в умовах ДМС.

8. Обґрунтовано необхідність подальших наукових досліджень з проблем розвитку ДМС в Україні.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СТРАНАХ-ЧЛЕНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Е.Е. Латышев, М.С. Бекало

Резюме. По результатам анализа литературных данных обобщен опыт функционирования добровольного медицинского страхования в странах - членах Европейского Союза и обоснованы подходы к развитию этого вида страхования в Украине.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, финансирование и организация здравоохранения, поставщик и заказчик медицинских услуг.

VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN COUNTRIES-MEMBERS OF EUROPEAN UNION

E. Latyshev, M. Becalo

Abstract. The describes results analysis database of literature summarize experience of function voluntary medical insurance in countries-members European Union and substantiate approach and methods basis's to development it kind insurance in of Ukraine.

Key words: voluntary medical insurance, financing and organisation health systems', supplier and customer of medical serves.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кучеренко В.З, Берестов Л.А., Мартыничик С.А., Тимчинский Д.Л., Мартыничик Е.А. — НИИ общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И/М.Сеченова, 2003. — 104 с.
2. Добровольное медицинское страхование в Европейском союзе. — Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. — 208 с.
3. Исакова Л.И., Шейман И.М. Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования. Зарубежный опыт и практические рекомендации. — Кемерово, 2003. — С. 49.
4. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. — ВОЗ, Женева, 2001. — 224 с.
5. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Европейское региональное бюро ВОЗ. / Изд-во «Весь Мир», 2002. — 333 с.
6. Busse, R. Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
7. CEA Health Insurance in Europe: 1998 Data, CEA ECO 12, July. Paris, 2000: Comite Europeen des Assurances.
8. Couffinal, A. Concurrence en assurance sante: entre efficacite et selectio, [Competition in health insurance: between efficiency and selection]. PhD thesis, University Paris, 1999.
9. Datamonitor European Health Insurance 2000: What's the Prognosis, Doctor? London: Datamonitor.
10. Emmerson, C, Frayne, C. and Goodman, A. Should private medical insurance be subsidised? Health Care UK — 2001. — № 51 (4). — P. 49-65.
11. Gauthier, A., Lamphere, J.A. and Barrand, N.L. Risk selection in the health care market: a workshop overview, Inquiry. — 1995. — № 32. — P. 14-22.
12. Hermesse, J. and Lewalle, H. Regulation of prices and services covered by complementary health schemes: status quo and future needs, in M. Schneider, 1995 (ed.)
13. Mason, E.S. (1939) Price and production policies of large-scale enterprise, American Economic Review, 29 (suppl): 61-74.
14. OECD (2000) OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
15. Rees, K, Gravelle, H. and Warnbach, A. (1999). Regulation of insurance markets, Geneva Papers on Risk and Insurance Theory. — № 24. — P. 55-68.
16. Saltman R.B., Busse R., Figueras J. Social health insurance systems in Western Europe. Open University Press. — 2004. — 313 с.
17. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, Journal of Health Economics, 18 (3): 263-90.
18. Hofmarcher M, Rack H (2006). Austria: health system review. Health Systems in Transition, 8(3): 1-247.
19. Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 9(1):1-156.
20. Jesse M et al. (2004). Health care systems in transition: Estonia. Health Systems in Transition, 6(11):1-142.
21. Sandier S et al. (2004). Health care systems in transition: France. Health Systems in Transition, 6(2):1-145.
22. Arsenopoulou I et al. (2009). Greece: health system review. Health Systems in Transition, (forthcoming).
23. Den Exter A, Hermans HE, Dosljak M (2004). Health care systems in transition: the Netherlands. Health Systems in Transition, 6(6):1-151.
24. Busse R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Germany. Health Systems in Transition, 6(9):1-234.
25. Hlavacka S, Wagner R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Slovakia. Health Systems in Transition, 6(10):1-118.
26. Verhoeven M, Gunnarsson V, Lugaesi S (2007). The health sector in the Slovak Republic: efficiency and reform. Washington, DC, International Monetary Fund (IMF Working Paper WP/07/226).