

УДК 369.06

Череп А.В.,
д.е.н., професор,
Запорізький національний університет

ПРАКТИЧНИЙ ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Постановка проблеми. Більшість програм, розроблених страховими компаніями, доступні далеко не всім громадянам України. Насамперед це стосується медичного страхування. До типової програми подібного рівня звичайно включені такі пакети як амбулаторна-поліклінічна допомога з медикаментозним забезпеченням, стаціонарне лікування, швидка медична допомога, стоматологія (без протезування). Таке комплексне обслуговування коштує недешево. При чому страхова премія не завжди залежить від розміру страхової суми. Сьогодні добровільне медичне страхування (ДМС) набагато активніше входить у життя спільних підприємств та іноземних представництв в Україні. Це, насамперед, пов'язано зі споконвічної стратегією «західної сторони», яка спрямована на надання персоналу компанії таких соціальних пільг і гарантій, які були б однаково вигідні і працівнику, і роботодавцю. Саме ця «капіталістична» формула взаємної вигоди і пояснює зацікавленість схожих компаній до медичного страхування в Україні. Тож на сьогоднішній день актуальним є питання вивчення іноземного досвіду та визначення переваг медичного страхування і можливостей впровадження його в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За останні десять років з'явилася велика кількість публікацій, в яких висвітлюються проблемні питання медичного страхування в Україні. Різні аспекти впровадження медичного страхування в Україні висвітлювали у своїх роботах українські вчені-економісти Базилевич В. Д. [1; 2], Кісельов А. Ф. [3], Лаптев В. [4], Мачуга Н. [5], Педченко Т. [6], Руденко А. О. [3], Стадниченко А. В. [7], Хмельницький С. И. [8]. та ін. В своїх наукових дослідженнях вчені розкрили теоретико-методичні та практичні питання впровадження добровільного медичного страхування, а також проблеми становлення медичного страхування в Україні. Науковцями встановлений взаємозв'язок соціально-економічних умов запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування і якості життя українців. Але не висвітленими залишаються питання щодо можливості використання іноземного досвіду медичного страхування в Україні з метою підвищення якості наданих страхових послуг.

Постановка завдання. Метою даної статті є дослідження ставлення населення до медичного страхування та можливості використання практичного досвіду розвинених країн світу з впровадження медичного страхування в Україні. Також у цій роботі ми з'ясуватимемо ставлення мешканців України до страхових компаній і до страхування в цілому.

Виклад основного матеріалу дослідження. Початок страхування належить до далекого минулого в історії розвитку земної цивілізації. Однак страхування в минулому характеризувалася тим, що в основному переважали угоди страхової взаємодопомоги, зміст яких полягав у тому, що всі особи, які уклали договори, згоджувалися покривати збитки якогось конкретного учасника їхнього товариства, тобто діяв принцип взаємного розподілу збитків. Підтвердженням цього є дослідження В. Д. Базилевича і К. С. Базилевич, котрі встановили, що в Україні поміж чумаками існувало страхування, зміст якого полягав у спільному відшкодуванні збитків потерпілому в дорозі у разі падежу вола [1; 2].

У подальшому ця форма страхування все більше вдосконалювалася, відбувалась акумуляція грошей, що вилілось у створення грошового фонду. Страхування в середньовіччя на перших своїх етапах було ідентичним періоду античності. Проте, згодом, відбувається спеціалізація взаємодопомоги, конкретизуються страхові випадки і робляться спроби розрахунків розмірів страхових виплат та страхових внесків. Середньовіччя – період гільдій і цехів. Особисте страхування членів гільдій і цехів здійснювалось у вигляді виплати компенсацій на випадок захворювання, інвалідності чи смерті. Допомога хворим передбачалась при важких невиліковних хворобах. Слід зазначити, що сформований перелік страхових випадків по суті, охоплював лише майнове й особисте страхування.

Швидкими темпами розвивалися нові види комерційного страхування, безпосередньо пов'язані з потерпілими, тобто страхування громадської відповідальності й страхування від нещасних випадків. На основі цього і виникали різні форми і варіанти страхування. Якщо говорити про страхування на випадок захворювань, то було визначено певний спектр їх, який ставав підставою для виплати грошових компенсацій.

Виникнення і подальший розвиток обов'язкового медичного страхування й страхової медицини в Україні як системи сягає середини ХІХ сторіччя і проглядається через призму тодішнього державного устрою країни, коли в царській Росії 26 серпня 1866 року у зв'язку із настанням епідемії холери було прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувалися організувати для своїх робітників лікарні. Це й поклато початок формуванню так званої фабрично-заводської

медицини, у тому числі в Україні. Однак виконувалося це положення незадовільно. Так, у 80 рр. XIX сторіччя в семи українських губерніях із дев'яти медичною допомогою було охоплено лише 15% робітників усіх підприємств, які отримували її у 130 невеличких фабрично-заводських лікарнях.

В умовах, що склалися, і з метою забезпечення соціальної допомоги, в тому числі і медичної, робітники змушені були самостійно знаходити механізми соціального захисту через створення різноманітних страхових товариств та кас взаємодопомоги. Отже, медичне страхування і страхова медицина в Україні своєю появою завдячують фабрично-заводській медицині, і виявом цього процесу в Україні стало виникнення лікарняних кас, які вже на той час існували в Німеччині.

Першим промисловим підприємством, за даними А. Ф. Кисельова і А. В. Стадніченко, де в 1877 році, тобто через 4 роки після введення згаданого вище положення і за 42 роки для прийняття Закону про страхування, була вперше в Україні створена лікарняна каса, став адміралтейський завод у м. Миколаєві. Саме тут на асигнування першого лікарняного збору коштів підприємці уклали першу в Україні угоду для подання медичної допомоги з миколаївським військово-морським шпиталем. Згідно з угодою про медичне забезпечення, робітникам заводу надавалася лікарська медична допомога при нещасних випадках, а відшкодування витрат здійснювалось через лікарняну касу за рахунок підприємства. Таким чином, лікарняні каси в м. Миколаєві можна вважати однією із перших організаційних форм первинної ланки подання медичної допомоги на страхових засадах [3].

Сьогодні на території України діють два види страхування, пов'язані з медициною і здоров'ям, обидва – у формі добровільного страхування: «Медичне страхування» і «Страхування здоров'я на випадок хвороби». «Медичне страхування» (безперервне страхування здоров'я) – вид страхування, при якому застрахованій особі надаються медичні послуги з подальшою їх оплатою страховою компанією (по рахунках, виставлених лікувальними закладами, і в рамках страхової суми). «Страхування здоров'я на випадок хвороби» - вид страхування, при якому будь-яка хвороба оцінена в грошовому вираженні. При виникненні страхової події застрахована особа одержує суму відшкодування через касу страхової компанії (страхова виплата) [4].

«Показовим» для України є приклад медичного страхування в Казахстані. Зокрема, практичне використання обов'язкового медичного страхування в Казахстані продемонструвало ситуацію, коли система обов'язкового медичного страхування без участі в ній страхових компаній стає суто державною бюрократичною структурою, для якої нехарактерна мобільність і гнучкість. Вона неодмінно стає «годовницею» для чиновників різного рангу і тому є неефективною. При такій системі зіштовхуються фінансові та владні інтереси двох державних систем – охорони здоров'я та обов'язкового медичного страхування. Міністерство охорони здоров'я, обласні та міські відділи охорони здоров'я, як власники лікувально-профілактичних закладів, можуть створити ситуацію, при якій ця система з часом стане лише фінансовим придатком Міністерства охорони здоров'я. При цьому, неучасть у структурі обов'язкового медичного страхування страхових компаній – професійних страховиків, різко загострюватиме протиріччя між добровільним та обов'язковим медичним страхуванням. Страхові компанії постійно будуть піддаватися нападкам та обструкції з боку державних структур, вони стануть крайніми при неминучому дефіциті державного фінансування. Головних лікарів державних лікувально-профілактичних закладів будуть переслідувати та піддавати нападкам за передачу страховим компаніям в оренду частину ресурсів для добровільного медичного страхування. За такого варіанту неминуче різке зростання прямих платних послуг медичним працівникам та медичним закладам, які, безперечно, не влаштовуватимуть населення.

Відсутність незалежних фінансових структур – страхових компаній наводить на думку про чиєсь небажання допускати до контролю та експертизи лікувального процесу з боку незалежних структур, а також залишає населення без права бути захищеними страховою компанією.

Останнім часом в якості страхових компаній пропонується створювати страхові Фонди. Проте, у таких страхових Фондах привертає увагу надто громіздка структура з величезним апаратом чиновників з відділеннями на кожному хуторі – це ціла додаткова армія бюджетників. За відсутності достатньої кількості кваліфікованих спеціалістів страхової справи, Фондам делеговані невластиві їм функції Страховика. Незрозуміле для державної структури є нагромадження управлінської мережі: тут і Правління Фонду і виконавча дирекція Фонду, і Наглядова рада Фонду тощо.

Зазначені вище фактори значно ускладнюють процес забезпечення фінансування медичної допомоги, дають можливість зловживання цільовими фінансовими ресурсами фондів з боку їх керівників. Такі страхові Фонди внаслідок своєї громіздкої структури та відсутності мобільності в управлінні, по-перше, не зможуть задовольнити потреби усіх підпорядкованих їм медичних закладів в оплаті виставлених ними закладами рахунків (в силу природного бажання головних лікарів залучити на лікарню максимально більше коштів, що також не виключає можливості виникнення на цьому терені хабарництва), що може викликати неможливість платоспроможності фондів, і, як результат їх банкрутства; по-друге, абсолютно включається можливість участі приватних медичних закладів у цих проектах, що, безумовно, буде гальмувати розвиток сектору приватної медицини; по-третє – мабуть саме головне, при запропонованих проектах не зникне хибна система взаємовідносин між пацієнтом

та лікарем і «тіньовий» медичний бізнес буде надалі процвітати без абсолютно якої-небудь відповідальності лікаря перед пацієнтом.

Доречно було б розглянути досвід розвинених країн світу з впровадження медичного страхування.

До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. Треба зауважити, що ці види у відокремленому виді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. В таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змушена форма фінансування медичної допомоги, де біля 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній.

Однією з перших країн де було запроваджене медичне страхування, є Німеччина. Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 році.

Основним принципом німецької системи медичного страхування 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 над функціонуванням усієї системи медичного страхування. В Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ним займається біля 1200 страховик кас (страхових фондів), побудованих по професійному принципу (шахтарі, фермери, моряки та ін.), по територіальному принципу та ерзац каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Всі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування [5].

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страховик кас нормам закону, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. У зв'язку з цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схема фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціації лікарів значні функції в управлінні системою.

Страхові каси в Німеччині – це автономні організації, яким надано право встановлення ставки страхового внеску вище його базового рівня, розширення сфери медичних послуг вище базової програми, вибору форми взаєморозрахунків із лікувально-профілактичними закладами. Звідси їх повна фінансова незалежність від держави. Але це, у свою чергу, не значить, що страхові каси не є частиною системи охорони здоров'я Німеччини. Страхові каси є органічною невід'ємною частиною всієї системи охорони здоров'я, його підсистемою. Страхові каси тісно взаємодіють з урядом, в виконанні активної політики стримування росту вартості медичної допомоги, беручи на себе зобов'язання більш жорсткої системи взаєморозрахунків з медичними закладами, введенням доплат застрахованим та інше, в результаті чого страхові каси не є опонентами органів управління охороною здоров'я та розділяють із ними відповідальність за стан медичної допомоги населенню.

У Франції медичне страхування було введено в 1910 році спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 року, ці фонди були перетворені в страхові компанії. На сьогодні 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 Міністерством соціального забезпечення та праці і обіймає собою 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожен з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але, в цілому, підлягають адміністративному контролю з центру.

Фермери Франції зберегли свої страхові компанії, але й вони, в цілому, підпорядковані загальним правилам, встановлених урядом. Ці фермерські та інші професійні страхові каси обіймають 12% населення. Окрім цього, Франція має розвинену сітку приватних страхових компаній у випадку отримання страхового полісу у приватній страховій компанії, як і будь-яка страхова каса, оплачує госпітальні затрати та рахунки пацієнтів за прийом лікарям. Шкала додаткових послуг варіює та виступає предметом конкуренції приватних страхових компаній [6].

Уряд встановлює суми оплати кожного виду послуг по соцстраху, та відшкодовує працівникам та службовцям основну частину цих витратків (70-90%). Фірми та організації щомісячно відраховують у фонд обов'язкового страхування 36% коштів, з яких 6,5% – кошти із заробітної плати працівників. У 2011 році виплати по соціальному страхуванню становили 500 млрд. франків, близько 8% ВВП. Загальні виплати по додатковій компенсації медичних витрат склали 82 млрд. франків. По джерелам компенсації ця сума була розподілена таким чином: 45% – виплачено страховими компаніями, 45% – фондами взаємодопомоги, 10% – інститутами соціального захисту.

У Нідерландах медичне страхування зародилось у 1901 році і на той час представляло собою декілька сот товариств взаємодопомоги та страхових компаній. Деякі з них були великими, але більшість

була маленькими організаціями, які представляли інтереси населення невеликого міста, підприємства. В 1940 році почалось введення керованого медичного страхування, яке вимагало введення стандартизації в створенні системи медичного страхування, у зв'язку з чим більшість невеликих компаній об'єднались в більш великі страхові фонди. Діяльність територіальних страхових організацій в теперішній час регулюється Центральною Радою страхових фондів, яка складається з представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій, органів управління. Цей орган не є урядовим, але йому делеговані ряд важливих повноважень, зокрема, слідкувати за тим, щоб страхові компанії не відмовляли населенню в наданні страхових медичних послуг, контролювали витрати ресурсів, надавали інформацію необхідну для визначення нормативу централізованого фінансування страхових організацій, розрахунку страхових внесків та тарифів. Більша частина населення була включена в систему керованого страхування з наданням права самостійно вибирати страхову компанію.

До 1990 року 60% Нідерландів знаходилось в системі регульованого страхування. Більш як 30% населення були застраховані у приватних страхових компаній. Приватний сектор страхування намагається залучити клієнтів меншим розміром страхового внеску. Близько 40% приватного страхування складають групові угоди страхування між підприємцями та страховими компаніями. Підприємці сплачують половину і більше від суми страхового внеску, останнє доплачують працівники. Також має місце персональне або сімейне страхування [7].

Реформи, проведені на початку 1990 років, відомі під назвою «План Декера», змінили напрацьовані фрагментарні страхові програми на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. Введена єдина для всіх категорій населення ставка страхового внеску, розрахована як відсоток від фонду прибутку і не відображає індивідуальні ризики. Зібрані на цій основі кошти акумулюються в страховому фонді і потім повертаються страховику, якого вибрав клієнт, або репрезентуючи його інтереси страхування. Платіж страховику виконується на основі зважених нормативів на одного застрахованого. Страхова компанія, що взялась за страхування, повинна знати, що незалежно від складу застрахованих, вона отримає відрахування, що відображають реально можливий об'єм затрат. В Нідерландах також враховані в нормативі витрати. При цій системі відповідальність уряду за стан охорони здоров'я зберігається, але функція управління та планування переходять до страхових компаній.

Один з найвищих у світі життєвий рівень мають громадяни Швеції. У Швеції страхові закони по медичному страхуванню були видані в 1898 році. Загальнообов'язкове медичне страхування було введено в 1955 році. Воно обіймало всіх громадян у віці до 16 років. Національна система соціального страхування – загальна і обов'язкова для всього населення країни. Особисте медичне та стоматологічне страхування є його невід'ємною частиною. Управління всією системою виконується 26 регіональними бюро соціального страхування. Управління їх діяльністю виконує Національна Рада соціального страхування. Затрати на соціальне благо досягають за рахунок 25% бюджету центрального уряду, 26% затрат несуть муніципальні та окружні ради та 48% витрат несуть роботодавці. Чисто на охорону здоров'я та медичну допомогу – 18% коштів відраховує уряд, 51% – місцеві органи влади, 31% – роботодавці. Однією з особистостей шведської системи страхування є передача застрахованими страховикам своїх юридичних прав з питань медичного страхування.

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює і його державний характер з великою мірою централізації управління. Закон про страхування, що прийнятий в 1912 році ввів принцип обов'язковості та охопив у коло обов'язкового страхування третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму за невеликим винятком.

Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, національна система охорони здоров'я практично існую за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я статті затрат на соціальні потреби.

В цілому, пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я за винятком не працюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку з хворобою. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Введено розділення відповідальності за придбання медичної допомоги та за її надання. Система медичного страхування також приєднана до придбання медичної допомоги.

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більш 13% населення.

Добровільним медичним страхування в Англії займаються різні страхові компанії. Але провідну роль серед них займає асоціація «БУЛА», яка з'явилась в 1947 році в результаті об'єднання невеликих страхових організацій.

Головний принцип діяльності приватних страхових компаній – це доповнення державної системи охорони здоров'я. Це означає, що об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе Національна служба охорони здоров'я. Враховуючи високий рівень розвитку Національної служби охорони здоров'я, сфера діяльності приватного медичного страхування достатньо обмежена, вона охоплює лише платну частину медичної допомоги, як у комерційних медичних закладах, так і в лікарнях Національної служби охорони здоров'я. Страхові програми добровільного медичного страхування поширюються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань.

У США існує система медичного страхування, що базується на об'єднанні центрального страхового фонду із мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Така система діє в США в частині програм «Медикер» та «Медикейт». Ці програми обіймають більш ніж 20% населення, групове страхування за місцем роботи складає 58% населення та добровільного медичного страхування не за місцем роботи 2%. Біля 15% населення не мають доступу до медичного страхування і представляють собою малозабезпечених, безробітних, бездомних та членів сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільше медичним страхування охоплені робітники промисловості, державної служби, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки. Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в США – парадоксальне об'єднання недоліків та надмірностей. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і, в той же час, 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.

Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві найбільші некомерційні страхові компанії «Блу крос» та «Блу шилд», що проводять добровільне медичне страхування, яке забезпечує відповідно оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для їх членів, що проживають в даному районі. Сьогодні діють численні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги.

З 1981 року США розроблена система класифікації випадків госпіталізації або діагностичних груп. Розрахунок та медичне обслуговування за програмами «Медикер» та «Медикейт» виконувався, при цьому, в залежності від кількості медичних послуг. Така система розрахунків приводила до безпідставного затримання хворих в стаціонарі, до зростання числа операцій без показників, клінічних, лабораторних та інших досліджень. Крім того, основна мета – вседоступність медичної допомоги для всіх громадян – так і не була досягнута [8].

В таких умовах функціонують практично всі медико-соціальні програми США. Нові моделі Національної системи охорони здоров'я передбачають збільшення розмірів страхових внесків, що супроводжуються зростанням цін. Тому, обов'язкове медичне страхування не зустрічає широкої підтримки серед малозабезпеченого прошарку населення у США.

У Канаді з 1971 року введена Національна система універсального медичного страхування, яка включає сплату всіх видів стаціонарної та амбулаторної допомоги, крім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більш ніж 90% витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із суспільних фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25% всіх затрат на охорону здоров'я.

Добровільне медичне страхування має незначний розвиток та забезпечує виплати тільки в тих сферах, які не покриваються універсальним страхуванням.

В Австралії основу систему медичного страхування складає програма «Медикер», згідно з якою всьому населенню сплачується 85% різних медичних послуг, окрім стоматологічної, оптикометричної та швидкої допомоги. Фінансування виконується за рахунок страхових внесків в розмірі 1% заробітної плати. Малозабезпеченим медичну допомогу надають безкоштовно в державних медичних закладах. Добровільне медичне страхування малорозвинуте та надає додаткові послуги.

З метою визначення доцільності впровадження медичного страхування, а також визначення якому саме виду медичної системи віддають перевагу мешканці України, ми провели дослідження і отримали результати, які наведено в табл. 1.

Згідно з даними табл. 1, можна зробити висновок, що більшість людей хочуть бачити змішаний вид медичної системи в Україні. Результати також показали, що практично всі опитані мають уявлення, які переваги має медичне страхування.

Таблиця 1

Результати опитування щодо доцільності впровадження медичного страхування в Україні

Вид медичної системи	Кількість опитаних людей (%)
Сучасна медична система	12%
Обов'язкове соціальне медичне страхування	24%
Змішана система: добровільне медичне страхування (ДМС) і обов'язкове медичне страхування (ОМС)	43%
Люди, які не мають інтересу до виду медичної систему	21%

Але більшість громадян України все одно не страхуються. Причинами цього є:

- медична страховка коштує дорого, а таких грошей у населення немає;
 - всі працюючі вважають, що вони здорові та молоді і з ними нічого не трапиться;
 - багато людей мають знайомих лікарів, які можуть допомогти; деякі вважають, що в лікарні знову прийдеться платити, вони не довіряють страховим компаніям.
- Ми вважаємо, що медичне страхування має багато позитивного, а саме:
- медична страховка – це елемент соціального захисту громадян України;
 - медична страховка ліпше, ніж «прямі» договори з медичними закладами;
 - дозволяє отримати низькі тарифи та дуже великі знижки від страхових компаній при страхування колективів;
 - дозволяє збільшити зацікавленість в «робочому місці» на підприємстві;
 - можливість оптимізувати податки;
 - комплексне лікування, забезпечення медикаментів;
 - контроль якості лікування та ін.

Висновки з проведеного дослідження. Перебудова економіки охорони здоров'я повинна починатися перш за все зі зміцнення фінансової основи галузі; із зміни загальної схеми фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, що фінансується при активній участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення.

Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров'я. Вважаємо, що для впровадження закордонного досвіду змішаної системи медичного страхування та забезпечення високої якості страхових послуг в Україні необхідне здійснення таких заходів:

- вдосконалення економічного механізму державного регулювання надання якісних медичних послуг населенню;
- забезпечення державного контролю за діяльністю страхових компаній, які здійснюють медичне страхування;
- розширення асортименту та забезпечення якості послуг медичного страхування;
- запровадження податкових пільг для страхових компаній, які здійснюють медичне страхування;
- підготовка медичного персоналу та фахівців страхової справи, які мають високий рівень страхової культури та будуть здійснювати медичне страхування;
- удосконалення законодавчого поля, яке передбачало би бюджетне фінансування охорони здоров'я;
- удосконалення системи страхування і, на основі світового досвіду, впровадження змішаного виду медичного страхування в Україні;
- створення конкурентоспроможної змішаної системи медичного страхування, яка забезпечила б надходження іноземних інвестицій в медичну галузь та систему страхування.

Бібліографічний список

1. Базилевич В. Д. Страхування : [підручник] / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. – К. : Знання, 2002. – 203 с.
2. Базилевич В. Д. Страхування : [підручник] / В. Д. Базилевич. – К. : Знання, 2008. – 368 с.
3. Кісельов А. Ф. Витоки і розвиток швидкої медичної допомоги населенню міста Миколаєва (1907 – 2007 р.р.) / А. Ф. Кісельов, А. О. Руденко, О. І. Цебржинський [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/nvmd/ist/2008_21/Kiselov.pdf
4. Лаптев В. Практика впровадження добровільного медичного страхування / В. Лаптев // Фінансовий ринок України. – 2004. – № 3. – С. 24-28.

5. Мачуга Н. Проблеми становлення медичного страхування в Україні / Н. Мачуга // Банківська справа. – 2000. – № 5. – С. 23-24.
6. Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування / Т. Педченко // Вісник Української Академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 393-400.
7. Стадниченко А. В. О медицинских реформах в Украине / А. В. Стадниченко [Электронный ресурс]. - Режим доступа : http://zhurnal.lib.ru/h/hmelxnicki_s_i/omedicinskihreformahwukraine.shtml.
8. Хмельницький С. И. Медицинская реформа в Украине / С. И. Хмельницький [Электронный ресурс]. - Режим доступа : http://hospital_sem@mail.ru.

Анотація

Досліджено досвід розвинених країн світу щодо практичного впровадження медичного страхування. Виокремлено позитивні та негативні риси добровільного та обов'язкового медичного страхування. Визначено чинники, які заважають впровадження добровільного медичного страхування в Україні. Запропоновано заходи, які дозволять в Україні запровадити змішану систему медичного страхування.

Ключові слова: змішана система, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, застраховані, приватні страхові компанії, населення, послуги.

Аннотация

Исследован опыт развитых стран мира по практическому внедрению медицинского страхования. Выделены положительные и отрицательные черты добровольного и обязательного медицинского страхования. Определены факторы, которые препятствуют внедрению добровольного медицинского страхования в Украине. Предложены мероприятия, направленные на внедрение в Украине смешанной системы медицинского страхования.

Ключевые слова: мешаная система, добровольное медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, застрахованные, частные страховые компании, население, услуги.

Annotation

Developed countries` practical experience in the field of medical insurance implementation is examined. Positive and negative features of the obligatory medical insurance are emphasized. Factors that hinder optional medical insurance implementation in Ukraine are determined. Instruments of the mixed medical insurance implementation in Ukraine are proposed.

Keywords: mixed system, voluntary health insurance, compulsory health insurance, insured person, private insurance company, population, services.

УДК 631.56:633.71

**Бялковська Г.Д.,
к. е. н., завідувач науково-технологічного
відділу тютюництва
Тернопільської державної сільськогосподарської
дослідної станції Інституту кормів та
сільського господарства Поділля НААН України**

КРИЗА ТЮТЮННИЦТВА ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ

Постановка проблеми. Економічна криза сільського господарства України, яка почалася близько 20 років тому, особливо глибоко вразила такі галузі сільського господарства, як тютюництво, хмелярство, льонарство, картоплярство, овочівництво та скотарство. Виробництво тютюну за цей період різко знизилось за рахунок скорочення площ тютюнових плантацій та майже подвійного зниження урожайності. В 1995 – 1998 рр. тютюнове виробництво з високоприбуткового перетворилося на збиткове. Великі аграрні підприємства повністю перестали займатись вирощуванням тютюну, в результаті чого втратили роботу десятки тисяч українських селян. Основними виробниками тютюнової сировини на даний час залишаються власники особистих підсобних господарств.

Через диспаритет цін, розлад сформованих економічних, виробничих і технологічних зв'язків між ланками тютюнового підкомплексу, відсутність державної підтримки ситуація в галузі тютюництва