

УДК 332.012

Вороніна О.О.

асистент кафедри економічної теорії
Харківського національного університету міського господарства
імені О.М. Бекетова

НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СУТНОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

SCIENTIFIC APPROACHES TO DETERMINATION OF ESSENCE OF MEDICAL INSURANCE

АНОТАЦІЯ

У статті розглянуті питання медичного страхування як засобу забезпечення гарантій для населення щодо питань охорони здоров'я. Проаналізовано існуючі наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. Здійснено поглиблене розкриття економічної природи та сутності медичного страхування. Визначено основні функції охорони здоров'я та медичного страхування. Зроблено висновок, що медичне страхування – це сукупність форм страхування щодо забезпечення громадянам гарантій та прав на отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів.

Ключові слова: медичне страхування, охорона здоров'я, підхід.

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены вопросы медицинского страхования как средства обеспечения гарантий для населения в вопросах охраны здоровья. Проанализированы существующие научные подходы к определению сущности медицинского страхования. Осуществлено углубленное раскрытие экономической природы и сущности медицинского страхования. Определены основные функции здравоохранения и медицинского страхования. Сделан вывод, что медицинское страхование – это совокупность форм страхования по обеспечению гражданам гарантий и прав на получение медицинской помощи при наступлении страхового события за счет накопленных страховых фондов.

Ключевые слова: медицинское страхование, здравоохранение, поход.

ANNOTATION

This article addresses matters related to medical insurance as a way of ensuring guarantees for population regarding healthcare issues. Existing scientific approaches to establishing the core of medical insurance are analyzed. Deeper discovery of economic nature and core of medical insurance is implemented. Main functions of healthcare and medical insurance are established. A conclusion was made that medical insurance is a complex of insurance forms regarding implementation of guarantees and rights for obtaining medical help by citizens in case of an insurance event at the expense of stacked insurance funds.

Keywords: medical insurance, healthcare, approach.

Постановка проблеми. Перехід України до соціально спрямованої ринкової економіки та перспективи входження в ЄС потребує від держави та суспільства посилити роль та значення галузей, діяльність яких безпосередньо направлена на обслуговування людини. В найбільшій мірі це відноситься до охорони здоров'я, адже збереження здоров'я населення є вирішальним чинником забезпечення економічного й соціального розвитку країни. Широке коло питань може вирішуватися за допомогою медичного страхування як засобу забезпечення гарантій

для населення щодо питань охорони здоров'я у будь-який момент часу та у будь-якій ситуації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченню проблем, які пов'язані з питаннями охорони здоров'я, присвячено праці багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених, серед них: Циганова О.А. [1], Антонов Д.П. [2], Чубарова Т.В. [3], Москаленко В.Ф. [4] та ін. Дослідженню сутності медичного страхування та його розвитку в сучасній науковій думці присвячували свої роботи такі вітчизні та зарубіжні науковці, як Внукова Н.М. [5], Русакова О.І. [6], Євтушенко Т.П. [7] та ін.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Разом з тим вивчення літературних джерел, а також практичного досвіду охорони здоров'я та медичного страхування як складної системи показує, що визначення сутності медичного страхування, особливо у розрізі економічного погляду, потребує більш детального опрацювання.

Мета статті полягає у визначенні наукових підходів до розкриття економічної природи та сутності медичного страхування як інструменту забезпечення соціальних гарантій населення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Ситуація, що склалась в Україні у сфері охорони здоров'я та соціального захисту громадян, потребує невідкладних заходів, спрямованих на підвищення її рівня. Важливого значення у зв'язку з цим набуває вивчення питань розвитку медичного страхування як інструменту забезпечення права кожного громадянина на отримання гарантованої та якісної медичної допомоги.

Поглиблене розкриття економічної природи та суті медичного страхування вимагає, на наш погляд, розгляду історичних аспектів його становлення, які необхідно розглядати відповідно до соціально-економічного розвитку суспільства в цілому, оскільки це дасть змогу оцінити співвідношення між потребами людей в медичній допомозі та мірою їх задоволення, а також зробити висновки про розвиток системи охорони здоров'я як важливої складової соціального страхування.

Медичне страхування як модель забезпечення соціальних гарантій держави перед громадянами у рамках системи охорони здоров'я

у сучасному вигляді виникла відносно нещодавно. Розвиток системи медичного страхування відбувався упродовж декількох останніх століть і спирався на давні традиції надання соціальної допомоги громадянам при настанні будь-якого захворювання. Сучасні принципи соціального страхування походять від старогрецьких і давньоримських правил, що забезпечували функціонування так званих організацій взаємодопомоги, яка складалася у рамках професійних колегій, і займалися збором коштів та їх виплатою при настанні нещасного випадку, отримання травми, втрати працездатності у результаті хвороби або каліцтва [1].

Усвідомлюючи величезну роль здоров'я в житті сучасного постіндустріального суспільства, кожна соціальна держава прагне створити такі умови життєдіяльності та медичного обслуговування, які б сприяли підтриманню та зміцненню здоров'я її громадян. Для реалізації цього права державами створюється спеціальна система, яка забезпечує комплекс заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення – галузь охорони здоров'я. Для нормального функціонування та розвитку кожна галузь сучасної ринкової економіки потребує налагодженої фінансової системи і стабільних джерел фінансування.

Існує три основні види фінансування охорони здоров'я:

- державне (бюджетне), що фінансується переважно з бюджетних джерел (Великобританія, Данія);

- соціальне страхування, що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян та субсидій держави. При цьому переважає фінансування з позабюджетних фондів (Німеччина, Швеція, Франція);

- приватне фінансування – відбувається за рахунок внесків по добровільному медичному страхуванню й реалізації платних медичних послуг (США, Ізраїль, Південна Корея, Нідерланди).

Жодна з цих форм фінансування не використовується в чистому вигляді, але залежно від домінуючого джерела фінансування виділяють країни з переважно державною (національною) системою охорони здоров'я, переважно з системою охорони здоров'я, заснованою на засадах страхової медицини, та переважно з приватною системою.

Питання про інвестиції в здоров'я стало широко обговорюватися після публікації в 1993 р. доповіді Всесвітнього банку, що присвячена охороні здоров'я [8]. Міжнародні організації стали розглядати здоров'я як один з найважливіших факторів економічного розвитку та зменшення бідності. Витрати на охорону здоров'я розглядають як інвестиції, що приносять економічну віддачу. При цьому інвестиції в здоров'я та в економіку взаємно посилюють свою дію. Здоров'я впливає на економічні

результати як на рівні країни, так і на індивіда, дозволяючи працювати з більшою продуктивністю. Чим вище рівень здоров'я, тим більше пропозиції робочої сили та інвестицій в фізичний та інтелектуальний капітал [3].

Усвідомлюючи величезну роль здоров'я в житті сучасного постіндустріального суспільства, кожна соціальна держава прагне створити такі умови життєдіяльності та медичного обслуговування, які б сприяли підтриманню та зміцненню здоров'я її громадян. Для реалізації цього права державами створюється спеціальна система, яка забезпечує комплекс заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення – галузь охорони здоров'я. Для нормального функціонування та розвитку кожна галузь сучасної ринкової економіки потребує налагодженої фінансової системи і стабільних джерел фінансування.

Як показує світовий досвід, перехід до страхової медицини є необхідним в умовах ринкової економіки та розвитку ринку медичних послуг, так як він забезпечує, по-перше, гарантованість і доступність високоякісних медичних послуг (навіть при неминучому зростанні цін на них) для широких верств населення; по-друге, допомагає вирішенню проблеми залучення додаткових фінансових ресурсів у сферу охорони здоров'я [9].

Широке коло фінансових питань вирішується за допомогою страхової медицини: фінансування наукових досліджень, підготовка медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Аналіз загальнотеоретичних аспектів страхування дозволяє дійти висновків, що істотними відмінностями системи медичного страхування як організаційно-правової основи функціонування охорони здоров'я від інших систем є:

- цілеспрямованість та адресність страхового внеску, який може бути використаний тільки у суто медичних цілях;

- можливість здійснення контролю використання страхових коштів страхувальником і застрахованим;

- можливість вибору застрахованим лікаря і лікувально-профілактичної установи;

- обмеженість ролі уряду, який при обов'язковому медичному страхуванні вирішує лише певне коло завдань (визначає перелік основних видів допомоги, що надаються в рамках системи, визначає групи застрахованих і величину страхового внеску, встановлює правила взаємодії всіх сторін і т. д.), а при добровільному страхуванні бере участь тільки в частині регламентації діяльності страхових організацій.

У науковій літературі існує немало думок щодо визначення поняття «медичне страхування». Але всі вони відрізняються залежно від того, з якого погляду автор розглядає природу медичного страхування.

Так, розглядаючи медичне страхування з позиції особистого страхування, Базілевич В.Д. дає наступне визначення: «Медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів» [10].

З позиції соціального захисту Внуковою Н.М. медичне страхування розглядалось як форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [5].

Не заперечуючи значимість зазначених вище визначень, ми вважаємо, що вони розглядають медичне страхування у дещо звуженому значенні, обмежуючи зміст цього поняття той площиною, в рамках якої вони його розглядають. З метою конкретизації даного питання необхідно розкрити економічну природу медичного страхування.

В широкому розумінні мета медичного страхування полягає в наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів. В більш конкретному розумінні мета медичного страхування зводиться до його основних завдань, які можна поділити на соціальні та економічні.

Соціальні завдання медичного страхування полягають в наступному:

- охорона здоров'я населення;
- забезпечення відтворення населення;
- сприяння розвитку сфери медичного обслуговування;
- удосконалення ринку медичних послуг;
- підвищення економічної зацікавленості самого населення у збереженні здоров'я;
- забезпечення правового захисту населення;

До економічних завдань медичного страхування відносяться:

- фінансування охорони здоров'я;
- поліпшення її матеріальної бази;
- захист доходів громадян та їх сімей;
- перерозподіл коштів, що йдуть на оплату медичних послуг, між різними групами населення;
- забезпечення рівності медичних установ з різною формою власності (державної, муніципальної, приватної) та конкурентні взаємовідносини між ними;
- підвищення економічної зацікавленості та відповідальності медичних установ і медпрацівників за кінцевий результат своєї діяльності [11].

Досліджуючи сутність медичного страхування, важливо зупинитися на його функціях.

На думку Козменко О.В., необхідно звести функції медичного страхування до двох завдань: заміщення та доповнення [12].

Заміщувальна функція проявляється в тому випадку, коли основна функція з накопичення фінансових ресурсів для покриття витрат насе-

лення на медичні послуги і фінансування галузі охорони здоров'я в цілому припадає саме на медичне страхування. Тобто у структурі витрат на охорону здоров'я витрати на медичне страхування мають найбільшу частку. Ця функція характерна для обов'язкового соціального медичного страхування і для добровільного медичного страхування в системі приватного фінансування.

Доповнювальна функція притаманна лише добровільному виду медичного страхування, коли пропонується додатковий обсяг медичних послуг, що не покриваються в системі обов'язкового медичного страхування.

Немченко А.С. до функцій страхування взагалі й медичного страхування зокрема відносить такі функції: накопичувальну, відновлювальну, превентивну (профілактичну) та контрольну [13].

Ми вважаємо, що такий підхід є більш точним, бо, по-перше, медичне страхування – це страхова категорія, а страхування, в свою чергу, є однією із самостійних ланок фінансової системи, якій в повній мірі притаманні основні функції категорії фінансів – розподільча і контрольна. Також ряд вчених відзначають, що розподільча функція страхування проявляється через специфічні риси, які можна розглядати як самостійні функції страхування: накопичувальну, превентивну та відновлювальну [14].

По-друге, саме виділення таких функцій дозволяє виразити найважливіші риси, сутність і призначення медичного страхування, визначити його роль і місце в суспільстві.

Слід також зазначити, що, не дивлячись на те що медичному страхуванню притаманні ті ж ознаки, що й іншим видам страхування, важливо вказати і на певні особливості, до яких відносяться:

- по-перше, страховий ризик при медичному страхуванні, пов'язаний з особою застрахованого, а не з його майном;
- по-друге, інший склад основних учасників страхових правовідносин (з'являється новий суб'єкт – медична установа);
- по-третє, якщо в інших видах страхування у разі настання страхового випадку страхові виплати отримує безпосередньо застрахований, то при медичному страхуванні кошти перераховуються на рахунок лікувально-профілактичної установи, де застрахованому надавалась медична допомога;
- по-четверте, якщо у традиційних видах страхування заключним етапом настання страхового випадку є виплата страхових коштів, то при медичному страхуванні застрахованому (пацієнту) надається певний об'єм медичної допомоги. Наявність цих особливостей дає можливість зробити деякі уточнення у функціях медичного страхування, а саме розглянути їх на рівні економічного та соціального значення (табл. 1).

Таблиця 1

Функції медичного страхування

На рівні економічного значення	На рівні соціального значення
<i>Накопичувальна функція</i>	
Формування спеціалізованих страхових фондів грошових коштів, тобто акумуляція коштів до єдиного резерву, з якого надалі здійснюються необхідні виплати	В разі тривалого стабільного здорового стану застрахованого він може накопичувати так звані бонуси, що дають йому право в подальшому на отримання привілеїв (додаткові безкоштовні послуги, знижки тощо)
<i>Відновлювальна функція</i>	
У випадку настання страхового випадку відбувається повне або часткове відшкодування завданих збитків (повна або часткова оплата медичних послуг)	В разі настання страхового випадку відбувається повне або часткове відновлення здоров'я застрахованого (тобто відбувається сам факт надання медичної допомоги)
<i>Превентивна функція</i>	
З метою збереження та накопичення страхових фондів здійснюється фінансування заходів з недопущення або зменшення наслідків настання страхових випадків (фінансування лікувально-профілактичних заходів)	З метою збереження та зміцнення здоров'я застрахованого здійснюється фінансування заходів з недопущення або зменшення наслідків хвороби (факт проведення лікувально-профілактичних заходів)
<i>Контрольна функція</i>	
Страхові фонди мають суто цільову спрямованість – страхові внески акумулюються до страхового фонду на строго визначені цілі, використовуються в строго визначених випадках і строго визначеним колом осіб	Страховики мають право контролювати застрахованих від навмисної заподіяної шкоди власному здоров'ю (шкідливі звички тощо)

Медичне страхування існує в двох формах: обов'язкове та добровільне. Незалежно в якій формі здійснюється медичне страхування, перед ним стоять однакові цілі та завдання, але вони відрізняються різними інструментами їх досягнення.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) – один із найбільш важливих елементів системи соціального захисту населення у частині охорони здоров'я й одержання необхідної медичної допомоги у разі захворювання. Держава в особі своїх законодавчих і виконавчих органів визначає основні принципи організації ОМС, встановлює тарифи внесків, коло страхувальників і створення спеціальних державних фондів для акумуляції внесків на обов'язкове медичне страхування.

ОМС здійснюється на основі наступних принципів: всезагальність – всі громадяни країни незалежно від віку, статі, стану здоров'я, національності, місця проживання, рівня доходу, соціального становища і т. ін. мають право на отримання гарантованого державою рівня медичних послуг; некомерційний характер – тобто отриманні під час здійснення ОМС прибутки є джерелом поповнення страхових резервів системи такого страхування.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи. Для обов'язкового медичного страхування характерно те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах та у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

Обов'язкове медичне страхування охоплює майже всі групи населення, але задовольняє лише ті потреби в медичному обслуговуванні,

які входять до програм обов'язкового медичного страхування. Для надання більш широкого спектру медичних послуг використовується добровільне медичне страхування.

На відміну від обов'язкового медичного страхування, як частини системи соціального страхування, що фінансується за рахунок цільового оподаткування та платежів з бюджету, добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності, яка регулюється Законом «Про страхування» [15].

Розміри страхових внесків з добровільного медичного страхування встановлюються страховими медичними організаціями самостійно і залежать від якості застрахованих ризиків, правил страхування, прийнятих конкретним страховиком, вартості медичних та інших послуг, числа застрахованих.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є: страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи.

Страховиками при добровільному медичному страхуванні виступають страхові компанії, які мають статус юридичної особи та ліцензії на право здійснювати добровільне медичне страхування.

Страховальниками є юридичні особи або дієздатні фізичні особи, що уклали зі страховиками договори страхування.

Основними страхувальниками з добровільного медичного страхування являються підприємства, що укладають договори колективного страхування на користь своїх працівників і сплачують страхові внески з одержаного прибутку.

Добровільне медичне страхування є частиною особистого страхування, що входить в систему страхування як важливого виду фінан-

сово-комерційної діяльності та дещо відрізняється від обов'язкового медичного страхування.

Існування цих двох форм і дає привід розглядати медичне страхування або як частину державного соціального страхування, або як підгалузь особистого страхування. Але, незважаючи на те що наявність цих двох форм призводить до існування певних особливостей щодо суб'єктів страхування й умов страхового захисту, суть та соціально-економічне призначення медичного страхування не змінюється.

Тому можемо зробити висновок, що медичне страхування – це сукупність форм страхування щодо забезпечення громадянам гарантій та прав на отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів.

Висновки. Вивчаючи історію економічної думки щодо визначення сутності медичного страхування, автором визначено, що медичне страхування – це сукупність форм страхування, які передбачають обов'язки страховика по здійсненню страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат на отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку, визначених чинним законодавством або договором страхування, за рахунок спеціально сформованих фондів. Виходячи з цього, економічну сутність медичного страхування можна розглядати через компенсацію витрат на отримання медичної допомоги за рахунок спеціально сформованих фондів.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Цыганова О.А. Медицинское страхование : [учеб. пособ.] / О.А. Цыганова, И.В. Ившин. – Архангельск : Из-во Сев. гос. ун-та, 2010. – 257 с.
2. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении / Д.П. Антонов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – Вып. 6 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.rspor.ru/mods/kea/Foreign_experience.doc.
3. Чубарова Т. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики / Т. Чубарова // Вопросы экономики. – 2009. – № 4. – С. 129–144.
4. Москаленко В.Ф. Системы охорони здоров'я: класифікація, цілі, цінності, пріоритети, ключові функції, стратегії, проблеми та завдання / В.Ф. Москаленко // Сучасні проблеми здоров'я та охорони здоров'я населення. – 2008. – № 4. – С. 27–31.
5. Внукова Н.М. Страхування: теорія та практика : [навч. посіб.] / Н.М. Внукова, Л.В. Временко, В.І. Успенко [та ін.] ; за заг. ред. д. е. н. Н.М. Внукової ; 2-ге вид., перероб. та доп. – Харків : Бурун Книга, 2009. – 656 с.
6. Медицинское страхование : [учеб. пособ.] / О.И. Русакова [и др.]. – Иркутск : БГУЭП, 2003. – 162 с.
7. Евтушенко Т.П. Моделирование системы управления медицинским страхованием : дис. ... к. э. н. : спец. 08.04.01 «Финансы, денежное обращение и кредит» / Т.П. Евтушенко. – Донецк, 2002. – 164 с.
8. World Development Report. Investing in Health / WB. Oxford University Press, 1993.
9. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.hiedu.ru/ebooks/xbook104/01/about.htm>.
10. Базилевич В.Д. Страхова справа / В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич ; 3-те вид., перероб. і доп. – К. : Знання КОО, 2003. – 250 с.
11. Страхование : [учебник] / Под ред. Т.А. Федоровой ; 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Экономист, 2003. – 875 с.
12. Козьменко О.В. Актуарні розрахунки : [навч. посіб.] / О.В. Козьменко, О.В. Кузьменко. – Суми : Університетська книга, 2014. – 224 с.
13. Немченко А.С. Систематизація досвіду формування законодавчого простору впровадження медичного страхування в Україні / А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова, О.А. Немченко // Вісник фармації. – 2008. – № 4. – С. 57–60.
14. Реверчук С.К. Історія страхування : [підручник] / С.К. Реверчук [та ін.] ; за ред. С.К. Реверчука. – К. : Знання, 2005. – 213 с.
15. Про страхування : Закон України № 86/96-ВР від 07.03.96 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/85/96-ВР>.