

УДК 369.06

Биховченко В.П.*кандидат економічних наук,
доцент кафедри фінансів**Університету державної фіскальної служби України***Іванюк О.В.***студентка**Навчально-наукового інституту фінансів, банківської справи
Університету державної фіскальної служби України***Городнича Ю.В.***студентка**Навчально-наукового інституту фінансів, банківської справи
Університету державної фіскальної служби України*

СТАН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ЙОГО ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ

THE STATE OF HEALTH INSURANCE IN UKRAINE AND ITS PRIORITIES AREAS

АНОТАЦІЯ

Статтю присвячено дослідженню зарубіжного досвіду організації медичного страхування та висвітленню його стану в Україні. Здійснено обґрунтування практичних рекомендацій щодо підвищення ролі медичного страхування в забезпеченні соціального захисту громадян. Виявлено недоліки та запропоновано пріоритетні напрями запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, страхові внески, медичні послуги, охорона здоров'я.

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена исследованию зарубежного опыта организации медицинского страхования, а также исследованию его состояния в Украине. Осуществлено обоснование практических рекомендаций по повышению роли медицинского страхования в обеспечении социальной защиты граждан. Выявлены недостатки и предложены приоритетные направления внедрения обязательного медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, страховые взносы, медицинские услуги, здравоохранение.

ANNOTATION

The article investigates the foreign experience of the organization of health insurance, as well as the study of its status in Ukraine. Implemented support of practical recommendations to enhance the role of health insurance in the social protection of citizens. Revealed shortcomings and proposed priority areas of introduction of compulsory medical insurance in Ukraine.

Keywords: health insurance, compulsory health insurance, voluntary medical insurance, insurance premiums, medical services, health care.

Постановка проблеми. Соціальне страхування є важливою складовою соціального захисту населення, яке в Україні останнім часом набуває все більшої популярності. Сьогоднішній стан охорони здоров'я в Україні є критичним, оскільки основну проблему становить не тільки недостатне її фінансування, а й неефективне його використання, застаріле медичне обладнання, політична та економічна криза. Існує потреба у створенні досконалої системи медичного страхування в Україні, вико-

ристовуючи зарубіжний досвід та адаптувавши окремі його елементи до наших реалій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженням питань, пов'язаних із сучасним розвитком медичного страхування займалися вітчизняні та закордонні науковці, серед яких – Я.В. Дробот, Н.Б. Бідник, В.М. Мник, Л.І. Новосельська та ін.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. У науковій літературі ще не склалося узагальненого підходу щодо вдосконалення системи медичного страхування в Україні під час економічної та політичної кризи. Сьогодні механізми реалізації соціальної політики та рівень соціального захисту населення нашої країни потребують змін, саме тому їх дослідженню присвячена дана стаття.

Мета статті полягає у дослідженні зарубіжного досвіду організації медичного страхування, виявленні його сучасного стану в Україні та вдосконаленні останнього в майбутньому.

Виклад основного матеріалу дослідження. Останнім часом усе більшої популярності в Україні набуває медичне страхування, яке є найважливішою складовою ефективного функціонування національної системи охорони здоров'я. Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян, суть якого полягає в тому, що, сплативши одноразовий страховий внесок, громадяни мають змогу протягом року безкоштовно користуватися комплексом медичних послуг спеціалістів у лікарнях із платним обслуговуванням.

Медичне страхування може проводитись у двох формах: обов'язковій та добровільній. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я та рівень медич-

ного обслуговування. Принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах. В Ізраїлі та Швейцарії переважає добровільне страхування [4, с. 84]. Проте в Україні існує добровільне страхування, а обов'язкове – лише на стадії впровадження. Добровільне медичне страхування – це послуга, яку дозволити собі можуть тільки люди з достатком вище середнього. Саме тому на сьогодні кожен другий українець звертається до лікаря вже на найскрутнішій стадії захворювання. Звідси маємо нижчий рівень життя, здоров'я населення та, відповідно, нижчу благополучність держави порівняно з іншими країнами.

Україна має низку перешкод для розвитку страхової діяльності, а саме: відсутність законодавчої бази, яка б свідчила про проведення державою активної структурної політики на ринку страхових послуг, порівняно невеликий фінансовий потенціал українських страховиків, низький рівень платоспроможності страхувальників і низьку страхову культуру населення [2, с. 34].

Одним зі шляхів вирішення проблемної ситуації може бути зміна зобов'язань держави щодо надання безкоштовних медичних послуг населенню. У деяких країнах Центральної та Східної Європи встановили певну вартість медичних послуг. В Естонії огляд лікаря становить приблизно \$0,4. У Чехії з 1997 р. введено плату за лікарняне обслуговування у розмірі \$2,3 за день перебування у лікарні та оплати швидкої допомоги – приблизно \$2 за виклик. У Польщі та Румунії введені платні ліки. У Латвії в 1995 р. уряд прийняв постанову про встановлення часткової оплати медичних послуг (до 25%). Безкоштовними в країні залишається медична допомога дітям та інвалідам, а також невідкладна допомога. З 1995 р. в Грузії скасовано право на безкоштовну медицину через нестачу коштів. Майже всі медичні заклади були переведені на самофінансування. Держава забезпечує фінансування медичних послуг лише соціально незахищених верств населення, а також послуги пологових будинків та лікування дітей [1, с. 12–18].

Ураховуючи зарубіжний досвід і сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні, впровадження обов'язкового медичного страхування є неминучим. Дуже болючою проблемою для України є низька якість медичних послуг і медичної допомоги. Протягом 24 років своєї незалежності було запропоновано багато проєктів законів, урядовці роками обіцяють, що в Україні буде введено обов'язкове медичне страхування, проте жоден закон так і не був прийнятий. Це пояснюється тим, що процес упровадження обов'язкового медичного страхування в Україні є доволі проблематичним, насамперед із погляду фінансування.

Основним джерелом у страхуванні є страхові внески, основну частину яких сплачує працююче населення. Розмір цього внеску прогнозу-

ється в межах 5–7% заробітної плати. Запровадження обов'язкового медичного страхування призведе до збільшення нарахувань на фонд оплати праці і може призвести до поширення використання роботодавцями тінювих схем виплати заробітної плати та гальмування її зростання. Необхідна умова для функціонування загальнообов'язкового державного медичного страхування – виведення офіційної заробітної плати працівників із «тіні», оскільки значна частина роботодавців разом із офіційною заробітною платою, величина якої становить законодавчо встановлений мінімум, виплачують і неофіційну частину заробітної плати, уникаючи у такий спосіб навантаження на фонд оплати праці. Якщо така тенденція буде зберігатись, то до обов'язкового медичного страхування надходитимуть лише мінімальні страхові внески, чого не буде достатньо для його функціонування. Слід зазначити, що для забезпечення повноцінного функціонування Єдиного медичного фонду «у тіні» не може перебувати більше 20% заробітної плати [5, с. 14].

Крім фінансових, виникають правові проблеми. Згідно зі ст. 49 Конституції України, «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...», що, своєю чергою, суперечить запровадженню загальнообов'язкового медичного страхування.

Сьогодні медичне страхування в розвинених країнах ґрунтується на таких основних моделях, як: система Бісмарка, система Беверіджа та система Семашко.

Система Бісмарка (модель соціального страхування) ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на

Таблиця 1

Модель соціального страхування Бісмарка

Переваги системи Бісмарка:	Недоліки системи Бісмарка:
– принцип солідарної оплати медичної допомоги;	– великий адміністративний апарат;
– доступність медичної допомоги для всього населення країни.	– складна система розрахунків із лікувально-профілактичними закладами;
	– високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Джерело: узагальнено авторами на основі [3]

ринку медичних послуг. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники. Переваги та недоліки системи Бісмарка подано в табл. 1.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії [3, с. 268].

Система Беверіджа (універсалістська) – система організації охорони здоров'я, яка характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Уперше ця модель була запроваджена у Великобританії в 1942 р. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою (діти). На відміну від системи Бісмарка, лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування. Переваги та недоліки системи Беверіджа подано в табл. 2.

Таблиця 2

Система Беверіджа

Переваги системи Беверіджа	Недоліки системи Беверіджа
– доступність медичної допомоги для всього населення країни;	– відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
– відносно проста технологія фінансування лікувально-профілактичних закладів;	– слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
– відносна проста система оплати праці в галузі.	– необхідність значних фінансових ресурсів із державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Джерело: узагальнено авторами на основі [6]

Система Беверіджа запроваджена у Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії [6, с. 329].

Система Семашко характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень із регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. У цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована

принципам планово-розподільчої організації господарства. Не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів, та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикально виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (у СРСР – республіканські міністерства охорони здоров'я, у незалежній Україні – обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охорони здоров'я. Переваги та недоліки системи Семашко подано в табл. 3.

Таблиця 3

Система Семашко

Переваги системи Семашко	Недоліки системи Семашко
– ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);	– низькі показники розвитку медичної допомоги;
– забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;	– відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
– високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.	– низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Джерело: узагальнено авторами на основі [7]

На думку Н. Бідник, українська модель медичного страхування не може ґрунтуватися на системі Беверіджа, оскільки в державі немає коштів і можливостей розвинути медичну галузь [5, с. 268]. Україна у своїх законопроектах багато використовувала зарубіжного досвіду, заснованих на системі Бісмарка, проте українці не готові сплачувати додаткові страхові внески через недовіру до страхових компаній. Оскільки існуюча система України, побудована на моделі Семашко, зазнала повного краху, дуже важливо, щоб країна перейняла позитивний світовий досвід та врахувала ті помилки, через які пройшли інші країни, та удосконалила свою систему охорони здоров'я або створила нову.

Для вирішення проблем та підготовки до запровадження обов'язкового медичного страхування слід вжити такі заходи:

- розробити та впровадити систему персоналізованого обліку надання медичної допомоги;
- визначити розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем і працівником;
- стимулювати розвиток добровільного медичного страхування з метою забезпечення притоку додаткових коштів до системи охорони здоров'я;
- стимулювати розвиток методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ (покращених умов перебування) для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ;

– розробити стратегії зменшення тінізації економіки та імплементація відповідних заходів;
 – запровадити перехід від фінансування щодо постатейного бюджету до фінансування за пролікований випадок і відповідна зміна способу обчислення заробітної плати лікарів і медичних сестер [8, с. 164].

Слід зазначити, що реалізувати на практиці наукові розробки зарубіжних учених в Україні досить проблематично, оскільки вітчизняне підґрунтя базується на засадах, які відрізняються від умов економік розвинутих країн.

Висновки. Отже, основними заходами подальшого розвитку медичного страхового ринку в Україні повинно стати таке:

– створення розвинутої та платоспроможної системи страхування, здатної компенсувати збитки від непередбачених подій;

– 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 перестраховувальників, а також вітчизняних страхувальників, насамперед населення;

– внести зміни до законопроекту про загальнообов'язкове медичне страхування.

Починати впровадження обов'язкового медичного страхування доцільно з працюючих громадян віком від 18 до 50 років, оскільки в такому віці особи повністю самостійні, отримують дохід, а головне – мають можливість активно впливати на своє здоров'я, коригуючи

свій спосіб життя й умови проживання. Вразливі категорії населення, такі як пенсіонери та студенти, повинні продовжувати отримувати безкоштовну медичну допомогу і лише після успішного запуску медичного страхування адаптувати страхову медицину й під них.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Новосельська Л.І. Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні / Л.І. Новосельська // Науковий вісник. – 2010. – № 18. – С. 82–85.
2. Болдова А.А. Особливості медичного страхування в Україні / А.А. Болдова // Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. – 2012. – № 2. – С. 33–39.
3. Шмарко Е. Платная бесплатная медицина / Е. Шмарко // Компаньон. – 2000. – № 18(170). – С. 12–18.
4. Поліщук Є.М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення / Є.М. Поліщук // Соціальне страхування. – 2008. – № 2. – С. 13–16.
5. Бідник Н.Б. Медичне страхування в Україні / Н.Б. Бідник // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2013. – № 767.
6. Марченко О.В. Сучасний стан та перспективи медичного страхування в Україні / О.В. Марченко, К.А. Пономаренко // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2014. – Вип. 5. – Т. 1. – С. 329.
7. Мник В.М. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / В.М. Мник // Економіка та держава. – 2006. – № 11. – С. 39–41.
8. Дробот Я.В. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та заходи щодо їх розв'язання / Я.В. Дробот, А.М. Бороденко // Фінансовий простір. – 2015. – № 2(18).