

7. Підсумки діяльності страхових компаній за 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nfp.gov.ua/files/DepFinMon/zvitni_dani/sk_%202015.pdf.

Мишограй Х. Я., ст. гр. ФСГзм-11
Кнейслер О. В., д.е.н., професор

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН

В світовій економіці фінансування системи охорони здоров'я може здійснюватися у таких формах, як:

– Соціальне фінансування, що ґрунтується на цільових внесках підприємств і організацій, у поєднанні з бюджетним фінансуванням (Німеччина, Франція, Ізраїль, Японія).

– Державне фінансування, за якого домінуючим джерелом є бюджетні кошти. Приватні кошти у фінансуванні або відсутні, або їхня частка є незначною (Канада, Великобританія, Австралія, Швеція).

– Приватне фінансування, джерелом якого є доходи фізичних осіб, однак для визначених груп населення, чий доходи за межею бідності, формуються спеціальні державні програми фінансування (США).

Медичне страхування може проводитися в добровільній і обов'язковій формах. Обов'язковим є медичне страхування, наприклад, у Німеччині, Канаді, Франції, Нідерландах. Добровільне медичне страхування характерне для Ізраїлю, Швейцарії, США.

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 надає умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування.

У Швеції національна система соціального страхування – загальна й обов'язкова для всього населення країни. Затрати на соціальне благо компенсуються за рахунок 25% бюджету центрального уряду, 26% затрат несуть муніципальні та окружні ради та 48% – роботодавці. На охорону здоров'я та медичну допомогу 18% коштів виділяє уряд, 51% – місцеві органи влади, 31% – роботодавці. Однією з особливостей шведської системи страхування є передача застрахованими до страховиків своїх юридичних прав з питань медичного страхування.

У Великій Британії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великим рівнем централізації управління. Закон про страхування, прийнятий у 1912 році, запровадив принцип обов'язковості та охопив обов'язковим медичним

страхуванням третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, які працювали, та службовців за договором найму.

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

У різних країнах питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. Наприклад, у Німеччині передбачена можливість виходу певної категорії населення з державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за його якістю. У Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні. У Великій Британії медичне страхування охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров’я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення.

В Україні доцільно запровадити такі напрямки вдосконалення системи страхування здоров’я громадян:

- розробити нові та удосконалити існуючі програми розвитку страхування здоров’я у відповідності до потреб потенційних страхувальників;
- проводити гнучку тарифну політику на послуги страхування здоров’я, враховуючи реальні соціально-економічні можливості переважної більшості громадян;
- раціонально поєднувати обов’язкову та добровільну форми медичного страхування заради оптимізації структури соціального пакету страхувальника;
- забезпечити ефективну взаємодію між страхувальниками (застрахованими), страховими компаніями та медичними закладами з приводу надання послуг з медичного страхування;
- максимально сприяти капіталізації страхових компаній, які надають послуги зі страхування здоров’я громадян.