

Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах

Петрушка О. В.

кандидат економічних наук,

старший викладач кафедри фінансів ім. С.І. Юрія

Тернопільського національного економічного університету

Стаття присвячена основним моделям медичного страхування різних країн світу в залежності від форми їх фінансування. Розглянуто характерні особливості бюджетно-страхової, державної та приватної системи соціального страхування. На основі порівнянь доведено, що на практиці не існує універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, тому реформування даної галузі, в тому числі і в Україні, слід проводити із врахуванням ряду соціально-економічних чинників.

Ключові слова: соціальне страхування, моделі медичного страхування, фінансове забезпечення охорони здоров'я, зарубіжний досвід.

Петрушка Е. В. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОДЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

Статья посвящена основным моделям медицинского страхования разных стран мира в зависимости от формы их финансирования. Рассмотрены характерные особенности бюджетно-страховой, государственной и частной системы социального страхования. На основе сравнений доказано, что на практике не существует универсальной модели финансового обеспечения системы здравоохранения, потому реформирование данной отрасли, в том числе и в Украине, следует проводить с учетом ряда социально-экономических факторов.

Ключевые слова: социальное страхование, модели медицинского страхования, финансовое обеспечение здравоохранения, зарубежный опыт.

Petrushka O. V. PECULIARITIES OF FUNCTIONING OF MEDICAL INSURANCE MODELS IN ECONOMICALLY DEVELOPED COUNTRIES

The article is sanctified to the basic models of medical insurance of different countries of the world depending on the form of their financing. The characteristic features of the budgetary-insurance, state and private system of social security are considered. Based on comparisons it was proved that in practice there is no universal model of financial support of health care system, so the reform of this industry, including Ukrainian one, should be carried out taking into account a number of social and economic factors.

Keywords: social insurance, models of medical insurance, financial providing of health protection, foreign experience.

Постановка проблеми. Медична галузь в Україні сьогодні перебуває у вкрай незадовільному стані, що супроводжується нестачею фінансових ресурсів з боку держави та незадоволеністю якістю медичних послуг з боку громадян. Ці та інші фактори створюють передумови для пошуку шляхів вирішення ряду проблем, які мають місце в системі охорони здоров'я. Саме тому запозичення та використання позитивного міжнародного досвіду в сфері реформування медичної галузі є ефективним інструментом при формуванні урядом України політики щодо визначення форми її фінансового забезпечення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемні аспекти розвитку медичного страхування та реформування системи охорони здоров'я відображені у працях як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Вагомий внесок у дослідження проблем фінансового забезпечення медичного страхування здійснили такі вчені, як: П. Беллі, П. Рандол, Дж. Кутзін, О. Коваль, К. Бермутова, О. Виноградова, В. Лехан, Н. Авраменко, Ю. Вороненко та ін.

Проте серед значної кількості наукових публікацій залишаються мало дослідженими питання аналізу іноземного досвіду реформування системи охорони здоров'я та визначення моделі фінансового забезпечення медичного страхування для України.

Формулювання цілей статті. Метою наукового дослідження є вивчення іноземного досвіду в сфері фінансового забезпечення медичного страхування та надання рекомендацій щодо його застосування в Україні.

Виклад основного матеріалу. Багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про наявність різних форм фінансування системи охорони здоров'я, які мають високу ефективність та результативність. На сьогодні у світі існує три основні моделі фінансового забезпечення медичної галузі: бюджетно-страхова, державна та приватна.

Бюджетно-страхова форма фінансування системи охорони здоров'я базується на моделі побудови системи соціального страхування О. Бісмарка. За нею медична галузь фінансується за рахунок обов'язкових внесків роботодавців та найманих працівників у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою. Розмір внеску залежить від платоспроможності страхувальника, а доступ до послуг залежить від потреб застрахованих осіб. Медичні фонди переважно незалежні від держави, хоча діють в її правових рамках. Управління цими фондами здійснюють представники застрахованих осіб. Така система набула найбільшого поширення у Німеччині, Італії, Швеції, Франції та Японії.

Німеччина виступає однією з перших країн, де було запроваджено бюджетно-страхову модель медичного страхування. Починаючи з 2009 р. медичне страхування є обов'язковим для всього населення країни. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% населення ФРН. Загальні витрати на охорону здоров'я є найвищими серед європейських країн і становлять 12% від ВВП[1]. Страхові внески розподіляються між роботодавцем та найманим працівником пропорційно і становлять в середньому 15% від заробітної плати. Внески акумулюються у Національному фонді соціального

страхування, який здійснює перерозподіл фінансових ресурсів між учасниками медичного страхування. Кошти між фондами розподіляються за схемою вирівнювання ризиків для здоров'я з урахуванням статі, віку та працездатності застрахованих осіб. Застраховані особи, річний дохід яких становить більше 48000 євро можуть самостійно обирати вид медичного страхування. Система медичного страхування Німеччини вирішує свої фінансові питання автономно і незалежно від державної казни. У медичному страхуванні є вісім видів лікарняних кас, які утворились на основі історичного розмежування за певними регіональними та виробничими критеріями. Обсяг медичних послуг, що пропонується, залежить від можливостей страхування, хоча воно повинно забезпечити надання всіх медичних послуг в разі хвороби застрахованого. Мінімальний пакет по страхуванню включає амбулаторне лікування та перебування хворого у стаціонарі. Будучи автономними організаціями, страхові каси у Німеччині мають право встановлювати ставки страхового внеску вище базового рівня, а також збільшувати обсяг медичних послуг вище базової програми страхування. Страхові каси є структурним елементом системи охорони здоров'я країни та тісно взаємодіють із урядом в сфері взаєморозрахунків із лікувально-профілактичними закладами та розділяють із ним відповідальність за стан медичної галузі у державі.

Державна форма фінансування заснована на концепції В. Беверіджа, яка полягає в тому, що система охорони здоров'я фінансується за рахунок цільового оподаткування, а медичне обслуговування доступне для всіх верств населення. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена у Великобританії, Данії, Ірландії, Канаді та інших країнах. До її переваг можна віднести загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливість розподілу засобів.

Яскравим прикладом державної форми фінансування охорони здоров'я виступає система медичного страхування у Великобританії з властивим їй

високим рівнем централізації управління. Система Національної служби охорони здоров'я заснована на державному фінансуванні. Основним джерелом поповнення бюджету охорони здоров'я становлять податки та податкові платежі лише 8% надходжень до бюджету становлять внески роботодавців. Лікувальні заклади залишаються у власності держави, але мають статус лікарняних трастів – самоврядувальних організацій. Державна система охорони здоров'я забезпечує профілактичну, первинну медичну допомогу, стаціонарне лікування. Загальні витрати уряду Великобританії на охорону здоров'я становлять 8% від ВВП. Британській моделі медичного страхування характерний високий рівень централізації, домінування бюджетної системи фінансування, а також сплата пацієнтами 10% вартості лікування[2]. У країні гостро стоїть проблема залучення в охорону здоров'я коштів з позабюджетних джерел. Це можуть бути кошти компаній, працівникам яких медичні заклади можуть надавати додаткову медичну допомогу на договірній основі. Базою реформи медичної галузі даної країни виступає децентралізація управління, яка має на меті вдосконалити та активізувати роботу структурних підрозділів шляхом їх переходу на комерційну основу.

Приватна модель фінансування системи охорони здоров'я заснована на реалізації платних медичних послуг та існуванні добровільного медичного страхування. Населення, яке підлягає страхуванню виплачує страхувальнику премію, розмір якої визначається виходячи із середньої вартості послуг, які ним надаються. Схильні до ризиків застраховані особи платять, відповідно, більшу суму внеску. Вартість медичних послуг оплачується пацієнтами відповідно до встановлених тарифів. Така система діє у США, Нідерландах та Південній Кореї.

Дана модель характеризується фінансуванням медичної галузі за рахунок фінансових ресурсів добровільного медичного страхування та надання платних медичних послуг. Тобто, існує паралель між приватною та некомерційною формою медичного страхування. При цьому некомерційне страхування відбувається в рамках певних державних програм для окремих верств

населення. Зазвичай такі програми фінансуються з державного бюджету та характеризуються обмеженим колом страхових випадків.

Для прикладу, американська система медичного страхування заснована на поєднанні фінансових ресурсів центрального страхового фонду та місцевих приватних страхових організацій. Грошові кошти накопичуються у централізованому фонді, який позбавлений адміністративних функцій, а потім перерозподіляються між страховими організаціями на основі затвердженої урядом США форми розрахунків.

Здебільшого американцям (59,7%) медичну страховку надає роботодавець. Роботодавці пропонують два види медичного страхування: страхування «плати за послуги» (компенсаційне страхування) та страхування «керованих послуг». При компенсаційному страхуванні роботодавець сплачує страховій компанії премію за кожного працівника, забезпеченого відповідним страховим полісом. Після настання страхового випадку страховик оплачує квитанції, представлені медичним закладом або ж лікуючим лікарем. Зазвичай страхова компанія покриває 80% витрат за лікування, решту грошей пацієнт доплачує самостійно[3].

Страхування «керованих послуг» полягає в укладенні страховою компанією договорів з лікарями та лікувальними закладами на надання всіх видів медичних послуг, передбачених цим видом медичного страхування. Фіксована сума коштів попередньо сплачується за кожного застрахованого на рахунок лікувального закладу. До цього виду страхування найчастіше відносять амбулаторне лікування. При страхуванні «керованих послуг» медики отримують встановлену суму на кожного застрахованого, незалежно від того, чи будуть надані пацієнту додаткові послуги понад цієї суми чи ні.

Уряд країни стимулює та підтримує роботодавців у забезпеченні своїх працівників медичними страховками і не обкладає витрачені на них кошти податками. Загальна сума таких податкових субсидій може сягати до 150 млрд. доларів в рік.

Медичні послуги в США надаються приватними особами та юридичними компаніями. Різного роду комерційні, благодійні та державні структури пропонують пацієнтам як стаціонарні, так і амбулаторні медичні послуги.

Багато американців, які не мають приватної страховки, підпадають під дію таких урядових програм, як Medicare і Medicaid, а також інших програм різних штатів і місцевої влади для малозабезпеченого населення. Ці системи охоплюють більше ніж 20% населення країни.

Державна програма Medicaid була введена у 1966 р. і направлена, в основному, на здійснення страхування громадян з бідних сімей. Під цю програму також потрапляють інваліди, вагітні та діти. Medicaid пропонує широкий спектр медичних послуг: стаціонарне та амбулаторне лікування, консультації, перебування в будинках для людей похилого віку, лабораторні та рентгенологічні дослідження. Фінансування програми здійснюється як федеральним урядом, так і органами управління штатів. Федеральний уряд відшкодовує витрати по програмі Medicaid з надходжень від загального податку (близько 50% вартості усіх витрат), а різницю оплачує уряд кожного штату[4].

Найвідоміша страхова державна програма для осіб старше 65 років – Medicare – запроваджена у 1967 р. Програма включає в себе стаціонарне лікування, діагностику, надання медичних послуг на дому і нетривале перебування в будинках престарілих. Medicare фінансується за рахунок особливого податку на працівників, частину якого вони платять самостійно, а частину сплачує роботодавець. Розмір внеску становить близько 15% доходу зайнятих американців.

Будучи найдорожчою у світі, американська система охорони здоров'я не позбавлена недоліків. Багато жителів США не можуть отримати адекватної медичної допомоги, захворюваність в країні не знижується, а профілактичні заходи часто не приносять очікуваного результату. В даний час у країні ведуться бурхливі дебати навколо доступності, ефективності та якості

медичних послуг. Однак уряд США постійно вживає заходи щодо підвищення ефективності системи охорони здоров'я та здоров'я населення в цілому.

Висновки. Розглянувши різні системи медичного страхування зарубіжних країн, очевидним є той факт, що кожна розглянута нами країна має певний, особливий вид страхування і на практиці не існує якоїсь єдиної правильної, універсальної моделі страхування, яка б підходила усім країнам. Незважаючи на різні джерела фінансування, зазначені вище системи охорони здоров'я іноземних країн сповідають спільні завдання: високу результативність медичного обслуговування, підвищення якості послуг та їх доступності широкому колу осіб. Тому реформу медичної галузі в Україні слід розпочати із вивчення основних переваг та недоліків існуючих моделей світових систем медичного страхування. На основі позитивного досвіду реформування системи охорони здоров'я ряду країн, Україні необхідно розробити власну програму створення системи страхової медицини з врахуванням сучасних економічних умов. Світовий досвід в сфері реформування системи медичного страхування засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна ефективно вдосконалювати як в межах бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. При здійсненні реформування медичної галузі, уряду України варто залучати до системи медичного страхування додаткові фінансові ресурси, якими виступають кошти, що акумулюються завдяки наданню платних медичних послуг, надходження від благодійних фондів та добровільного медичного страхування. Якщо говорити про майбутнє, на нашу думку, ідеальною моделлю для України може стати бюджетно- страхова медицина, яка призведе не тільки до зростання сильної та здорової нації, а й сприятиме сталому розвитку ринкової економіки. Для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні вкрай необхідним є проведення реформ, які б охоплювали управління цією системою, її фінансування та надання медичних послуг.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Health Systems in Transition (HiT) series: Countries and sub regions (Germany HiT, 2014; Netherlands HiT, 2010; Switzerland HiT, 2000). [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.euro.who.int>

2. Randall, P. Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries, 2014. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.elsevier.com/books/encyclopedia-of-health>

3. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/04/05>

4. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok