
УДК: 368,04; 369,04; 614

Леся Зіновіївна ШУПА

аспірант кафедри фінансів суб'єктів господарювання і страхування
Тернопільський національний економічний університет
ariell@ukr.net

СВІТОВИЙ ДОСВІД ОBOB'ЯЗKОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЙОГО В УКРАЇНІ

Анотація

У статті охарактеризовано вагомий стратегічний напрямок економічних і соціальних трансформацій в Україні. Проаналізовано, що світовий досвід свідчить, що саме за допомогою обов'язкового медичного страхування можна забезпечити ефективну реалізацію прав громадян на медичну допомогу, яка відповідає світовим стандартам. Надано відповідь на питання чому Україна не готова до нововведень у системі охорони здоров'я для запровадження обов'язкового медичного страхування.

***Ключові слова:** система охорони здоров'я; фінансування; реформа; джерела; запровадження; медичне страхування; ОМС (обов'язкове медичне страхування); переваги та недоліки.*

Леся Зиновьевна ШУПА

МИРОВОЙ ОПЫТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ ЕГО В УКРАИНЕ

Аннотация

В статье охарактеризовано весомое стратегическое направление экономических и социальных трансформаций в Украине. Проанализировано, что мировой опыт свидетельствует, что именно с помощью обязательного медицинского страхования можно обеспечить эффективную реализацию прав граждан на медицинскую помощь, соответствующую мировым стандартам. Дан ответ на вопрос, почему Украина не готова к нововведениям в системе здравоохранения для внедрения обязательного медицинского страхования.

***Ключевые слова:** система здравоохранения; финансирования; реформа; источники; внедрение; медицинское страхование; ОМС (обязательное медицинское страхование); преимущества и недостатки.*

Lesia Zinoviivna SHUPA

Postgraduate student of the Department of Finance of business entities and insurance
Ternopil National Economic University
ariell@ukr.net

WORLD EXPERIENCE OBLIGATORY HEALTH INSURANCE AND ITS IMPLEMENTATION IN UKRAINE

Abstract

An important strategic area of economic and social transformations in Ukraine is to reform the national health system, the effectiveness of which will help stabilize the socio-political situation

in the country and national security. In this context, defining policy priority for the near future is saving and improvement of public health by improving the availability and quality of health services.

The current national health system needs to be reformed by introducing obligatory forms of health insurance in Ukraine as an alternative source of financing the healthcare industry. World experience shows that it is through obligatory medical insurance can ensure effective implementation of human rights to health care that meets international standards.

In Ukraine, for the last fifteen years has trained more than ten bills on obligatory medical insurance, which is written organizational and legal, financial, economic and social foundations of its proceedings, but until now, unfortunately, none of them have found practical implementation. This is due to the fact that Ukraine is not ready for such innovations in health care, as currently emerging institutional framework for the introduction of mandatory health insurance.

Then focus on the advantages and disadvantages of introducing obligatory form of health insurance in Ukraine on the basis of international experience and consideration domestic realities of the national health system.

The effectiveness of obligatory medical insurance depends on the accepted concept of health insurance in the country. Note that at this point in Ukraine operates a mixed health care system, with a predominance of sources of funding. However, today has private health insurance, which takes a tiny fraction of the health care system.

On the basis of the study of foreign experience of the health insurance system appropriate to to make the following conclusions. First, regardless of the legal and financial support for health care problem of effective functioning health insurance system in most countries is a topical and needs to be reformed and improved. Second, international experience confirms that in the early stages of transformations in the medical field need effective social protection the most vulnerable population. Thirdly, in order to solve social problems in society and compliance with social standards must maintain a public health care of citizens through the introduction of compulsory social and health insurance. Fourth, to improve the quality of health services requires further development of voluntary medical insurance. For Ukraine, the priority is the Law of Ukraine "On compulsory social health insurance," which should be clearly specified institutional units and their structure, the financial mechanism of its proceedings, the sources of and uses of financial resources and a list of categories of persons that will be this type of insurance, a form of management and control of medical services.

Keywords: *health system; financing; reform; source; implementation; medical insurance; CMI (compulsory medical insurance); advantages and disadvantages.*

JEL classification: *G220, I110, I190.*

Вагомим стратегічним напрямком економічних і соціальних трансформацій в Україні є реформування національної системи охорони здоров'я, ефективність якого сприятиме стабілізації соціально-політичної ситуації в країні та національній безпеці. У цьому контексті визначальним пріоритетом державної політики на ближчу перспективу стає збереження і покращення здоров'я населення на основі підвищення доступності і якості медичних послуг. Як зазначено в Стратегії сталого розвитку "Україна 2020" "...кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього

адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я” [1].

Сучасна національна система охорони здоров'я, для якої характерні обмежене бюджетне фінансування, а звідси і низький обсяг видатків, нераціональне і нерівномірне використання фінансових ресурсів, недосконала організаційна структура та інфраструктура, відсутність належного рівня медичної допомоги та контролю за якістю медичних послуг, наявність тіншових схем, потребує реформування за допомогою запровадження обов'язкової форми медичного страхування в Україні як альтернативного джерела фінансування медичної галузі. Світовий досвід свідчить, що саме за допомогою обов'язкового медичного страхування можна забезпечити ефективну реалізацію прав громадян на медичну допомогу, яка відповідає світовим і європейським стандартам [2, с. 21].

В Україні впродовж останніх п'ятнадцяти років підготовлено більше десяти законопроектів про обов'язкове медичне страхування, у яких прописано організаційно-правові, фінансово-економічні та соціальні засади його провадження, проте до тепер, на жаль, жоден з них не знайшов практичного втілення. Це пояснюється тим, що Україна не готова до таких нововведень у системі охорони здоров'я, оскільки на даний час несформоване інституціональне підґрунтя для впровадження ОМС. По-перше, на нашу думку, в умовах економічної та політичної кризи запроваджувати реформи у медичній галузі, які потребують додаткового фінансування не виправдано. Погоджуємося з твердженням В. Черняховського, що “можна створити державний фонд і передати йому ті кошти, які сьогодні виділяються з держбюджету на охорону здоров'я. Але це не змусить працювати систему ОМС в Україні, а лише створить ще одну “годівницю” для чиновників” [3]. По-друге, не підготовленою до таких реформ є і сама галузь охорони здоров'я. Для фінансування ОМС державі необхідно залучити додаткові джерела, забезпечити безперервне виконання Кабінетом Міністрів України зобов'язань з фінансування медичної галузі та субсидування страхових внесків. При цьому запровадження підприємствами збору страхових внесків на медичне страхування призведе до додаткового навантаження на фонд оплати праці та матиме негативні соціальні наслідки. По-третє, доцільним є реформування організаційного забезпечення медичного страхування шляхом створення єдиного реєстру пацієнтів, визначення гарантованого обсягу медичних послуг за рахунок бюджетного фінансування та переліку осіб, яким такі послуги будуть надаватися, розроблення методики розрахунку вартості медичних послуг тощо. По-четверте, не підготовленими є вітчизняні страховики до проведення ОМС, серед яких лише близько 50 надавали послуги з ДМС, виплачуючи клієнтам 1,5 млрд. грн. в рік. Однак забезпечити відшкодування збитків за ОМС 35 млн. громадян України досить складне завдання, зважаючи на низьку капіталізацію та платоспроможність страхових компаній України. Водночас для якісного надання медичних послуг страховики повинні удосконалити інфраструктуру, розширюючи взаємозв'язки з лікарнями, асистанськими компаніями,

відкриваючи колл-центри. Зауважимо, що без прийняття Закону України про ОМС і чіткого приписання у ньому всіх положень жоден страховик цього робити не буде.

Відтак зупинимось на перевагах та недоліках запровадження обов'язкової форми медичного страхування в Україні на основі використання зарубіжного досвіду та врахування вітчизняних реалій національної системи охорони здоров'я.

Ефективність обов'язкового медичного страхування залежить від прийнятої концепції страхової медицини в країні. Зазначимо, що на даний момент в Україні функціонує змішана система охорони здоров'я, з переважанням джерел бюджетного фінансування. Водночас сьогодні діє приватне медичне страхування, яка займає мізерну частку в системі охорони здоров'я.

Прикладом моделі бюджетного фінансування охорони здоров'я є Великобританія, громадяни якої в у більшості випадків отримують безоплатну медичну допомогу за рахунок податкових платежів, що виділяються урядом на охорону здоров'я і становлять 90% бюджету Національної системи охорони здоров'я. На 7,5% бюджети формуються за рахунок внесків роботодавців по найму; 2,5% – це плата за стоматологічну і офтальмологічну допомогу, виписку рецептів тощо. Платною є лише незначна кількість медичних послуг, які не можуть бути забезпечені Національною службою охорони здоров'я. Приблизно 13% громадян є споживачами добровільного медичного страхування [4, с. 128; 5, с. 306-307]. При цьому бюджетна модель фінансування охорони здоров'я характерна низкою недоліків, зокрема: нестачею фінансових ресурсів, відсутністю контролю з боку споживачів медичних послуг, нераціональним використанням ресурсів. Відтак, в умовах обмежених державних фінансових ресурсів постає необхідність децентралізації управління та пошуку додаткових джерел позабюджетного фінансування.

Практично безкоштовне медичне обслуговування громадян характерне для Швеції, де витрати на охорону здоров'я покриваються з суспільних фондів на 90%. Лише 10% припадає на приватне медичне страхування, участь у якому беруть найбільш забезпечені жителі країни. Незважаючи на зростання витрат населення на охорону здоров'я в цій країні, все-таки збережено діючу систему фінансування за рахунок асигнування з боку уряду.

На основі проведеного вище дослідження бюджетної системи фінансування охорони здоров'я у Великобританії та Швеції, доходимо висновку, що така модель фінансування медичної галузі в умовах впливу кризових явищ самостійно не спроможна забезпечувати належний рівень медичного обслуговування та потребує пошуку додаткових джерел.

Як свідчать дані табл. 1, найбільш поширеною формою фінансового забезпечення охорони здоров'я в Німеччині, Бельгії, Чехії, Франції є обов'язкове соціальне медичне страхування.

Таблиця 1

Частка витрат соціального обов'язкового медичного страхування у загальних витратах на охорону здоров'я у зарубіжних країнах, % [6]

Країни	Роки												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Чехія	89,5	90,6	89,9	88,0	89,3	90,2	89,5	90,3	90,3	90,2	90,2	92,3	92,3
Франція	94,3	94,3	94,0	93,7	93,7	93,8	93,6	93,4	93,4	92,2	92,4	92,3	92,3
Німеччина	87,3	87,2	87,3	87,3	87,2	87,6	88,0	88,3	88,3	88,3	88,5	88,6	88,6
Нідерланди	93,9	93,8	93,8	96,4	96,3	94,7	94,9	93,4	93,3	90,4	90,5	90,5	90,9
Швеція	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Великобританія	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Зауважимо, що обов'язкове медичне страхування, яке вперше було запроваджено в Німеччині, відповідає найвищим стандартам якості. Основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я у цій країні є некомерційні організації – лікарняні каси, до яких надходять внески, що забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних стандартів. Встановлено фіксований розмір страхового внеску – 14,9% від заробітної плати. Частка витрат соціального обов'язкового медичного страхування впродовж 2000-2012 років становить близько 90% у джерелах фінансування охорони здоров'я. При цьому спостерігається тенденція до зростання від 87,3% до 88,6%. Близько 90% населення охоплено цим видом страхування, тоді як 10% – бере участь в приватному медичному страхуванні.

Проте, діюча модель фінансування охорони здоров'я має як переваги (високий рівень якості надання медичних послуг, медичного обладнання, кваліфікації медичних працівників, доступність медичного обслуговування для усіх верств населення), так і недоліки (високі витрати, що зумовлено завищеними соціальними стандартами; зменшення доходів лікарняних кас внаслідок зменшення частки заробітної плати в обсязі ВВП країни, збільшення кількості пенсіонерів, високого рівня безробіття).

Погоджуємося з твердженням В. Ю. Стеценко, що серед позитивних аспектів організації системи обов'язкового медичного страхування Німеччини, які доцільно використати в Україні при запровадженні ОМС, можна назвати такі [7, с.125]: оплата медичної допомоги, яка надається лікарями, здійснюється на базі бальної системи оцінки рівня наданих послуг, що дозволяє виключати можливість зловживань збоку медичних працівників; можливість людини, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти з системи державного обов'язкового страхування і перейти в приватний сектор страхування; можливість працівника забезпечувати медичне страхування членів його сім'ї, які не працюють; можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи.

Високий розвиток обов'язкового соціального медичного страхування характерний для Франції, Чехії та Нідерландів, у яких частка витрат на цей вид страхування у загальній величині державних витрат на охорону здоров'я

перевищує 90%. На відмінну від Німеччини, у Франції страховиком виступає Національна страхова організація, відтак обов'язкове медичне страхування набуває централізованої форми. Всі основні програми медичного страхування Франції реалізують на практиці Національний фонд медичного страхування і відповідні місцеві структури. Рівень внесків для найманих працівників складає 19,4%, дві третіх якого сплачують роботодавці, решту – наймані працівники. Натомість до участі у соціальному медичному страхуванні в Нідерландах залучені страхові компанії, діяльність яких регулюється Центральною Радою страхових фондів, якому делеговані функції управління та контролю [8, с. 97-98; 9, с. 20].

В основу обов'язкового медичного страхування в Чехії покладено модель регульованої конкуренції (страхування здійснюється необмеженою законом кількістю конкуруючих страхових компаній, але страхова премія, яку одержує конкретний страховик, підлягає регулюванню залежно від кількості та складу застрахованих громадян). У Чехії – 9 неприбуткових страхових компаній медичного страхування. Найбільша з них – Загальна медична страхова компанія, яка надає страхові послуги 66% населення. Її платоспроможність гарантується державою, діяльність регулюється спеціальним законом. Діяльність решти корпоративних медичних страхових компаній регулює Закон про акціонерні товариства страхування працівників. Ці комерційні страхові компанії приймають рішення про визначення рівня медичного обслуговування за страховим договором самостійно, створюючи таким чином конкуренцію на ринку. Всі економічно активні громадяни, які постійно проживають у Чехії, зобов'язані сплачувати страхові внески у розмірі 13,5% від бруutto-заробітної плати працівника, з якого 4,5% платить працівник і 9% — роботодавець [10].

Таким чином, наведені вище моделі обов'язкового соціального медичного страхування мають таку спільну рису, як чітко визначені розміри страхових внесків, однакових для усіх категорій населення. Це є негативним аспектом, адже за такого підходу не враховуються індивідуальні ризики. Разом з цим, ці моделі відрізняються між собою за рівнем централізації управління та організаційного забезпечення. Так, для обов'язкового медичного страхування в Франції характерне централізоване управління, яке здійснюється Національною страховою організацією, відсутня конкуренція між державними фондами медичного страхування. Водночас децентралізованою є форма обов'язкового медичного страхування в Чехії, в основі якої покладено модель регульованої конкуренції між страховиками та в Німеччині, за якої страхову діяльність провадять некомерційні структури – лікарняні каси. У Нідерландах одночасно поєднано централізоване управління, яке здійснюється уповноваженим органом, що об'єднує страхові фонди, та децентралізацію влади між страховими компаніями, до яких переходять функції управління та планування за окремими системами соціального забезпечення.

Прикладом платної та некомерційної системи охорони здоров'я є США, єдиної країни у світі, де відсутнє загальнодоступне медичне забезпечення. Близько 46 млн. американців весь тягар медичних витрат несуть особисто, з

власної кишені, оскільки доступність медичного обслуговування для цих громадян та можливість приватного страхування залежить від роботодавців та статусу їхньої зайнятості. Разом з цим некомерційне страхування є державною програмою підтримки окремих соціально незахищених верств населення. Приватним та некомерційним медичним страхуванням охоплено близько 85% населення (50% застраховано роботодавцями, 10% самостійно застрахованих, решту – застраховано у рамках державних програм) [11, с. 29].

До системи медичного страхування залучені лише високо капіталізовані страхові компанії, спроможні вчасно і в повному обсязі компенсувати витрати на оплату медичних послуг, що призводить до монополізації страхового ринку, як для пацієнтів, так і для медичних установ, зниження якості страхових послуг. Недоліком системи охорони здоров'я США є висока вартість медичного страхування, що, з одного боку, підвищує якість медичного обслуговування, з іншого – є перешкодою для багатьох американців у придбанні такого страхового покриття та обмежує реалізацію права на медичну допомогу. У цьому контексті доцільним є запровадження загального обов'язкового медичного страхування, що буде доступним для усіх верств населення.

При реформуванні системи медичного страхування в Україні можливим є врахування таких позитивних аспектів американської системи, як: профілактика захворювання та первинне медико-санітарне обслуговування; удосконалення контролю за якістю надання медичних послуг та запровадження нових інформаційних технологій; використання ринкових механізмів для підвищення конкуренції між страховиками задля підвищення якості страхових послуг.

Виходячи з проведеного дослідження зарубіжного досвіду функціонування системи медичного страхування, доцільно зробити наступні висновки. По-перше, незалежно від організаційно-правового та фінансового забезпечення охорони здоров'я проблема ефективного функціонування системи медичного страхування в більшості країн світу є актуальною та потребує реформування і удосконалення. По-друге, світовий досвід підтверджує, що на перших етапах трансформаційних перетворень в медичній галузі дієвого соціального захисту потребують найбільш уразливі верстви населення. По-третє, задля розв'язання соціальних проблем у суспільстві та дотримання соціальних стандартів необхідно зберегти загальнодоступне медичне забезпечення громадян шляхом запровадження і розвитку обов'язкового соціального медичного страхування. По-четверте, з метою підвищення якості надання медичних послуг подальшого розвитку потребує добровільне медичне страхування.

Для України першочерговим завданням є прийняття Закону України “Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування”, у якому мають бути чітко зазначені інституційні одиниці та їх структура, фінансовий механізм його провадження, джерела формування та напрямки використання фінансових ресурсів, перелік та категорії осіб, які підлягатимуть такому виду страхування, форма управління та контролю за наданими медичними послугами тощо.

Список літератури

1. Указ президента “Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020” № 5 від 12. 01. 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
2. Стеценко В. Ю. *Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): моногр.* / В. Ю. Стеценко. – К. : Атіка, 2010. – 320 с.
3. *Десятиліття обіцянок: чому Україна не готова до системи обов'язкового медстрахування* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukr.segodnya.ua/economics/enews/desyatiletiya-obeshchaniy-pochemu-ukraina-ne-gotova-k-sisteme-obyazatelnogo-medstrahovaniya-699922.html>.
4. Безугла В. О. *Соціальне страхування : навч. посіб.* / В. О. Безугла, Загірняк Д. М., Шаповал Л. П. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 208 с.
5. Дугієнко Н. О. *Принципи медичного страхування в Україні і країнах Західної Європи* / Н. О. Дугієнко, А. І. Кормишова // *Сталий розвиток економіки*. – С. 306-307.
6. *Обсерваторія глобального здоров'я ВОЗ (ГНО)* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>.
7. Стеценко В. Ю. *Правове забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині (ключові засади та досвід для України)* / В. Ю. Стеценко // *Вісник Академії управління МВС*. – 2010. – № 3 (15). – С. 120-126.
8. Шевченко М. В. *Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід* / М. В. Шевченко, Л. А. Карамзіна, О. О. Дорошенко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2012. – № 2 (22). – С. 97-100.
9. Череп А. В. *Практичний досвід медичного страхування* / А. В. Череп // *Сталий розвиток економіки*. – 2013. – № 2. – С. 17-23.
10. *Медичне страхування в Чехії – «оксамитовий» сезон* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/ru/medichne-straxuvannya-v-chexiyi-oksamitovij-sezon/>.
11. Стеценко В. *Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США* / В. Стеценко // *Публічне право*. – 2013. – № 4 (12). – С. 28-37.

References

1. *Presidential Decree "On the Strategy for Sustainable Development" Ukraine* (2015). Retrieved from: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>
2. Stetsenko V.Y. (2010). *Compulsory medical insurance in Ukraine (the administrative and legal framework implementation)* Kyiv
3. *Decade promises: why Ukraine is not ready for a system of compulsory health insurance*. Retrieved from <http://ukr.segodnya.ua/economics/enews/desyatiletiya-obeshchaniy-pochemu-ukraina-ne-gotova-k-sisteme-obyazatelnogo-medstrahovaniya-699922.html>.
4. Bezuglaya V.O.(2011). *Social insurance: teach. guidances*. Center of educational literature.
5. Duiyenko N.O. The principles of health insurance in Ukraine and Western Europe. *Sustainable economic development*.
6. *Global Health Observatory (GHO)*. Retrieved from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>.
7. Stetsenko V.Y. (2010). Legal provision of compulsory health insurance in Germany (the key principles and experience to Ukraine). *Bulletin of the Academy of the Interior Ministry*. 3 (15),
8. Shevchenko M.V. (2012). Financing of the of the health system: foreign and domestic experience. *Health of the Nation*. 2 (22), 97-100.
9. Cherep A.V. (2013). Practical experience of health insurance. *Skull sustainable economic development*, 2, 17-23.
10. *Health insurance in the Czech Republic - the "velvet" season*. Retrieved from: <http://www.vz.kiev.ua/ru/medichne-straxuvannya-v-chexiyi-oksamitovij-sezon/>.
11. Stetsenko, V.Y .. (2013). Organizational and legal provision of health insurance in the USA. *Public Law*, 4 (12), 28-37.