

# ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ СВІТУ

Філіпенко А. В.<sup>1</sup>, Ольвінська Ю. О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — студент, кафедра статистики,

<sup>2</sup> — канд. екон. наук, доцент, кафедра статистики

Одеський національний економічний університет, м. Одеса

## АНОТАЦІЇ

**Філіпенко А. В., Ольвінська Ю. О. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу.** Наведено системи медичного страхування у різних країнах світу. Проведено порівняльний аналіз наведених систем. Проаналізовано стан медичного страхування в Україні.

**Ключові слова:** медичне страхування, світовий досвід, порівняльний аналіз.

**Филипенко А. В., Ольвинская Ю. О. Сравнительный анализ медицинского страхования в странах мира.** Приведены системы медицинского страхования в различных странах мира. Проведен сравнительный анализ приведенных систем. Проанализировано состояние медицинского страхования в Украине.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, мировой опыт, сравнительный анализ.

**Filipenko A. V., Olvinskaya J. O. Comparative analysis of health insurance in the world.** Given the health insurance system in the various countries of the world. A comparative analysis of these systems. The state health insurance in Ukraine.

**Keywords:** health insurance, international experience, comparative analysis.

## ПОСИЛАННЯ НА РЕСУРС

**Філіпенко, А. В. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу.** [Текст] / А. В. Філіпенко, Ю. О. Ольвінська // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень : матер. конф. — Одеса, ОНЕУ. — С. 91 – 97.

З соціально-економічної точки зору медичне страхування є однією з найважливіших складових національних систем охорони здоров'я. Актуальність даного питання полягає у тому, що медичне страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров'ю та життю людини. Наразі в Україні склалася критична ситуація щодо діяльності медичної галузі. При цьому основну проблему становить не тільки недостатнє її фінансування, скільки неефективне його використання. Критичний стан вітчизняної системи медичного страхування негативно позначається на медико-демографічних показниках, що викликає справедливе занепокоєння як у науковців, так і в управлінців, спонукає до активного пошуку шляхів вирішення цих питань. При цьому важливим є вивчення міжнародного досвіду

з метою можливості використання його окремих інструментів при формуванні вітчизняної політики з систем медичного страхування.

Актуальність проблеми полягає в тому, що, маючи неоціненний та потужний науковий потенціал у нашій країні, на жаль, відсутні механізми його реалізації. Нема ефективного та раціонального вкладання коштів у медицину, і вирішити цю проблему покликане саме медичне страхування – це додаткове та основне джерело фінансування охорони здоров'я. Галузь охорони здоров'я потребує змін принципів фінансування для ліквідації практики постатейних бюджетів і здійснення оплати медичних послуг лікарень за рахунок загального бюджету для підвищення ефективності праці.

Теоретичні і практичні аспекти проблем медичного страхування і охорони здоров'я відображені в наукових працях М. Білінської, О. Виноградова, Н. Гойди, Т. Камінської, В. Лехан, Т. Попченко, В. Рудого, І. Солоненка та інших науковців. Однак бракує наукових досліджень щодо підвищення ефективності фінансово-економічних механізмів державного управління системою медичного страхування і охорони здоров'я.

Медичне страхування як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я представляє собою гарантії забезпечення медичною допомогою за будь яких обставин, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. Фінансування охорони здоров'я здійснюють зазвичай у змішаній формі. В різних країнах світу залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (страхово-бюджетною) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній. Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, вважають Німеччину (1881 р.). Витрати на охорону здоров'я у Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6 % ВВП, або 2840 євро на одну особу. У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90 % населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12-14% заробітної плати працівника до оподаткування. При розрахунку внесків до уваги беруться лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель - 52,8 тис. євро. Непрацюючі члени родини, як правило, є автоматично застрахованими за такою страховкою безкоштовно. Набір послуг, що відшкодовуються медичною касою, включає визначений перелік

необхідних медичних послуг і не залежить від величини внесків окремої особи. Менше 10 % населення Німеччини мають приватні медичні страховки і відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють. Страхуватися приватно мають право особи, річний дохід яких становить більше 47 250 євро.

В свою чергу британська модель медичного страхування характеризується такими особливостями:

- високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;
- превалювання бюджетної системи фінансування.
- сплата пацієнтами 10 % вартості лікування;

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. В цілому, пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Введено розділення відповідальності за придбання медичної допомоги та за її надання. Система медичного страхування також під'єднана до придбання медичної допомоги (Robinson R., 1989). Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення.

Американська модель медичного страхування характеризується такими ознаками:

- акумуляцію коштів у централізованому страховому фонді;
- розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20 % населення;
- добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 60 % населення; Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю (Staples C.L., 1989). Економіка медичного обслуговування в США - парадоксальне об'єднання недоліків та надмірностей. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і, в той же час, більш ніж 15% населення американців не мають ніякого фінансового захисту від ве-

ликих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів.

У Канади риси національної системи медичного страхування такі:

- обов'язковість медичного страхування;
- понад 90 % всіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я;
- добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

У Японії існує бальна система оплати медичних послуг, за якою кожна консультація, обстеження, оперативне втручання оцінюються в балах. Розцінки єдині по всій країні.

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;
- охопленням медичним страхуванням усіх, хто працює на підприємствах з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їх сімей;
- нарахування страхових премій (внесків) зі стандартного щомісячного заробітку;

Витрати на охорону здоров'я в Японії становлять усього близько 6,6 % ВВП. Кожна медична установа є самостійною організацією. 80 % лікарень належить приватно практикуючим лікарям. В даний час медичне обслуговування Японії фінансується в основному за рахунок фондів страхування здоров'я. Допомога надається у вигляді грошових виплат і пільгової медичної допомоги. Максимальний розмір пільг може скласти до 90 % вартості лікування (10 % платять самі пацієнти). Пільги для утриманців не перевищують 70 % вартості медичного обслуговування. Перебування в лікарні як самих застрахованих, так і їхніх утриманців страхові органи оплачують на 70 %, решту суми пацієнт сплачує готівкою при отриманні медичних послуг. При дуже високій вартості лікування пацієнтові відшкодовуються витрати понад установленого максимуму. Повністю за рахунок пацієнта сплачуються ліки, постійний догляд приватної медичної сестри, перебування в окремій палаті.

Із наведених вище моделей видно, що в дуже незначній кількості країн держава може дозволити собі взяти відповідальність щодо майже повного забезпечення медичної допомоги виключно на бюджетній основі. У більшості країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється насамперед тим, що в сучасних умовах зростає обсяг загроз здоров'ю громадян:

- глобалізаційні процеси пошвидко міграцію населення, що поширює невластиві цілим регіонам інфекційні захворювання;
- надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, породжують цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;
- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії та ін. посилюють

потребу в медичній допомозі;

- продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що породжує додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння і т. ін.

Медичне страхування поділяється за формами на обов'язкове медичне страхування (ОМС) і добровільне медичне страхування (ДМС). Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування. Воно має особливе значення, оскільки воно є всеохопним, всезагальним. Це надзвичайно важливо у зв'язку з тим, що будь-яка людина живе в соціумі, і як жива істота, має право на отримання допомоги у разі втрати здоров'я, незважаючи на те, чи може вона оплатити цю допомогу. Але в такий спосіб суспільство не може забезпечити надання допомоги у разі захворювання, лікування якого вимагає надто великих затрат; надання висококомфортних умов лікування й та ін. Саме тому систему ОМС доповнює система добровільного медичного страхування (ДМС).

Добровільне медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я:

- відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;
- придбанням медикаментів;
- лікуванням у стаціонарі;
- отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням;
- проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо.

Популярність ДМС в Україні рік у рік зростає, про що свідчить ріст як кількості укладених договорів, так і сум страхових платежів.

В даний час на ринку ДМС працюють близько 30 страхових компаній, середній рівень виплат становить більше 60%. Страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет. Кожна страхова компанія прагне принести в страховий бізнес щось своє, що вигідно вирізнятиме її серед конкурентів.

Програми, які пропонують страхові компанії з ДМС, можна поділити на чотири основні категорії:

- поліклінічне обслуговування, у тому числі аптечне;
- стаціонарне обслуговування;
- послуги невідкладної швидкої медичної допомоги;
- стоматологія.

Незважаючи на те, що медичне страхування вже перестало бути ексклюзивною послугою, поліси ДМС, як і раніше, залишаються досить дорогим задоволенням. Вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 у. о. на людину на рік, за умови, що до нього увійде повний набір потрібних послуг: лікування в стаціонарі, невідкладна допомога, поліклінічне обслуговування і забезпечення медикаментами на

всіх етапах лікування.

Проте значного поширення на вітчизняному страховому ринку воно ще не набуло, що підтверджує вітчизняна статистика, згідно якої частка послуги добровільного медичного страхування у загальному об'ємі страхового ринку складає лише 2,6%, при загальній кількості застрахованих даним видом страхування у 2% від загальної кількості населення, в т.ч. індивідуальних страхувальників - менше 1%. Хоча, останнім часом – в умовах кризового розвитку української економіки – на вітчизняному страховому ринку добровільне медичне страхування поступово завойовує свої позиції, поступаючись за темпами зростання хіба що автомобільному страхуванню.

Зараз розвиток системи охорони здоров'я в Україні відбувається в умовах внутрішніх протиріч соціально-економічного розвитку держави. Галузь потерпає від непослідовної соціально-економічної політики, нерівних умов для ведення медичної практики різними суб'єктами господарювання та несприятливого інвестиційного клімату в галузі охорони здоров'я.

Україна на сьогодні перебуває на стадії впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Згідно проведених економічних розрахунків ОМС дасть додатково до бюджетної частини фінансування 7,54 млрд. грн. у рік. Незважаючи на помітні переваги, його введення в Україні гальмується немає однорідного підходу до законопроектів про ОМС.

Так, за показниками вітчизняного страхового ринку добровільного медичного страхування за період 2010-2012 рр. простежується приріст валових страхових премій з 511495,5 тис. грн у 2010 р., 690522,1 тис. грн у 2011 р., до 972594,8 тис. грн у 2012 р.

На сьогоднішній день, дуже важливо, щоб Україна при запровадженні страхової медицини, нової системи надання медичної допомоги, введення платної медицини та системи оплати за надані послуги перейняла позитивний світовий досвід та врахувала ті помилки, через які пройшли інші країни.

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Таким чином, потрібна перебудова економіки охорони здоров'я і вона повинна починатися з укріплення фінансової основи галузі, із зміни загальної схеми фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від

бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, що фінансується при активній участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення. Таким чином, державна політика розвитку медичного страхування як частина загальної соціальної та економічної політики України повинна визначати основні принципи, напрями і форми економічного впливу у сфері соціального захисту населення. Медичне страхування має бути підтримано нормативно-правовою базою; удосконаленням податкової політики та державного нагляду; підвищенням фінансової надійності страховиків, страхової культури населення; підготовкою та перепідготовкою кадрів.

Сьогодні людей, які не мають медичної страховки більше 95%! Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато. Але всі намагання будуть марними без належної підтримки держави. Розроблені закони в галузі медичного страхування мають бути ретельно перевірені вітчизняними та зарубіжними спеціалістами, які мають певний досвід в практичному медичному страхуванні. Медичне страхування повинно бути обов'язковим, воно призведе до зростання сильної та здорової нації, а як наслідок-сильної та ефективної економіки.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Самотоєнкова, О. В. Економічна статистика: навчальний посібник / О. В. Самотоєнкова, Ю. О. Ольвінська. - Одеса: ОДЕУ, 2010. – 182 с.
2. Самотоєнкова О. В. Соціальна статистика: навчальний посібник / О. В. Самотоєнкова, Ю. О. Ольвінська. - Одеса: ОДЕУ, 2009. – 102 с.
3. Подгорный А. З. Статистика : учебное пособие для иностранных студентов / А. З. Подгорный, О. Г. Мылашко, С. М. Киршо, Н. М. Шилофост. – Одесса : Атлант, 2012. – 194 с.
4. Підгорний А. З. Деякі методологічні аспекти оцінки життєвого потенціалу населення на регіональному рівні / А. З. Підгорний, К. В. Вітківська // Вісник соціально-економічних досліджень : зб. наук. пр. / ред. М. І. Зверяков; Одеський держ. екон. ун-т. – Одеса, 2008. – Вип. 30. – С. 308-314.
5. Ольвінська Ю. О. Особливості державного регулювання малого підприємництва у країнах світу [Електронний ресурс] / Ю. О. Ольвінська // Державне управління: удосконалення та розвиток»: наукове видання Академії муніципального управління. - 2015. - №2. – Режим доступу до журналу: <http://www.dy.nauka.com.ua>
6. Підгорний А. З. Статистика: навчальний посібник / А. З. Підгорний, І. Г. Готліб, К. В. Вітківська [та інші] / за ред.. А.З.Підгорного. - Одеса, 2013. – 106 с.