

РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У статті розглянуто сучасний стан розвитку медичного страхування як складової фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я. Проведено аналіз діяльності вітчизняних страхових компаній у розрізі добровільного медичного страхування. На основі досвіду зарубіжних країн запропоновано низку рекомендацій щодо ефективності використання медичного страхування.

In the article the modern state of functioning of medical insurance as a component of financing of institutions of health protection is considered. The analysis of activity of domestic insurance companies in the sphere of voluntarily medical insurance are conducted. Recommendations in relation to the effective use of medical insurance are offered on the basis of experience of foreign countries.

Постановка проблеми у загальному вигляді. З одержанням Україною статусу незалежної держави почалась низка перетворень в політичній, соціальній, економічній сферах. Трансформація економічної системи з планово-командної в ринкову зумовила необхідність її реформування та адаптації до нових умов функціонування.

Процеси реформування мають місце і в такій соціальнозначимій сфері, як галузь охорони здоров'я, незадовільний стан роботи якої, свідчить про необхідність зміни діючого механізму фінансування на більш ефективний в розрізі ринкових перетворень.

Одним зі шляхів покращення стану фінансового забезпечення вітчизняних медичних закладів є перехід до медичного страхування.

Аналіз досліджень і публікацій останніх років. Проблема ефективності використання медичного страхування активно обговорюється серед вчених та економістів, зокрема, М. Мних досліджував необхідність запровадження медичного страхування в Україні, Т. Стецюк займалася обґрунтуванням фінансових основ побудови системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини, Т. Камінська аналізувала функції медичного страхування у перехідній економіці.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Однак, в Україні досі невирішеними залишаються питання щодо форми та структури системи медичного страхування, що у свою чергу стримує розвиток цього сектору та не забезпечує належний рівень страхового захисту громадян.

Постановка завдання. Метою статті є розробка рекомендацій щодо покращення стану медичного страхування в Україні, на основі досвіду зарубіжних країн та історичних передумов розвитку.

Виклад основного матеріалу дослідження. Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні відбувається за рахунок бюджетних коштів. Така модель фінансування дісталась у спадок від колишнього СРСР.

Як свідчить практика функціонування вітчизняних медичних закладів, принцип цілком бюджетного фінансування медицини вичерпав себе, та в силу традицій радянської системи медичного забезпечення, громадяни звикли до поняття безоплатної необмеженої медичної допомоги. Але історія розвитку дорадянського періоду має приклади фінансування системи охорони здоров'я за рахунок медичного страхування.

Медичне страхування є галуззю особистого страхування. Головна мета – гарантування застрахованим особам одержання медичної допомоги, за рахунок накоплених грошових коштів, в наслідок виникнення страхових випадків та фінансування профілактичних заходів. Медичне страхування, як форма фінансової допомоги, повинно

ґрунтуватися на певних принципах та виконувати основні функції медичного страхування (Рис.1) [1,с.32].

Принципи за ступенем важливості в організації медичного страхування можна умовно розділити на соціально-економічні (максимальна довіра сторін, страховий інтерес, відрахування в рамках реально заподіяних збитків страхувальнику, франшиза, суброгація, контрибуція, співстрахування, перестрахування, диверсифікація) ринкові (вільний вибір страховика і виду страхування, страховий ризик).

До основних функцій медичного страхування можемо віднести:

- Акумуляційна – формування спеціального страхового фонду;
- Компенсаційна – відшкодування збитків при страховому випадку;
- Превентивна – фінансування та організація комплексу заходів, щодо попередження настання страхового випадку.

Вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України наприкінці 80-х – на початку 90-х років XIX ст.: прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у діючих тоді приватних загальнострахових товариствах. Згодом, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон, Єлизаветград: в 1896 р. роботодавцями-страхувальниками губернії було сплачено компаніям-страховикам внески на суму, що становила 1,9% загального заробітку застрахованих робітників, а для потерпілих працівників від цих компаній було отримано 23,9% суми страхових внесків. Згодом, серед підприємців виникла ідея активного підтримання фабричної інспекції, в компетенції якої були запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі.

У 1912 р. в Російській Імперії вийшов закон і було введено обов'язкове медичне страхування. Особливостями обов'язкового страхування було:

- поступовість його запровадження протягом декількох років;
- територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни);
- охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості.

Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці, в страхових товариствах повністю, а в лікарняних касах в їх правління входили і виборні з тих, хто застрахований. Внески в товариство страхування від нещасних випадків повністю склалися з відрахувань роботодавців, і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт. Внески в лікарняні каси встановлювались їх правлінням і склалися на 1/3 із внесків тих, хто застрахований і на 2/3 із доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась хоч і в недостатньому обсязі, але в суспільстві було розуміння того, що ця допомога повинна бути в одній організації в комплексі (матеріально-грошова компенсація втраченого заробітку і натурально-професійне лікування). Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція [2].

Отже, ми можемо говорити про досить ефективну систему медичного страхування, яка діяла на території дорадянської України.

За роки громадянської війни та занепаду, коли державна, земська і міська медицина майже повністю занепали, тільки страхова медицина стійко і досить впевнено продовжувала функціонувати. Тому ліквідація радянською владою медичного страхування і страхової медицини настільки негативно позначилась на стані охорони здоров'я, що одразу ж 1921 р. довелось декретом відновлювати обов'язкове соціальне страхування зі складовою медичного страхування і створювати так звану робітничу страхову медицину – робмед. У часи НЕПу (1923 р.) в систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України.

Загально-страхові каси поступово створювали свою медичну систему (санаторно-курортні та оздоровчі заклади, лікарська експертиза і довірені лікарі) і все активніше, впевненіше і більш аргументовано претендували на передачу їм страхової медицини, а

робмеди ставали дедалі самостійнішими і мали все більші переваги в кількості і якості над рештою радянської системи медицини. Це призвело до явного протиріччя із основними принципами тоталітарної державної системи. Тому в 1927 р. були ліквідовані робмеди, а в 1933 р. страхування втратило самостійність, було передано профспілкам, де поступово позбулося складової медичного страхування [2].

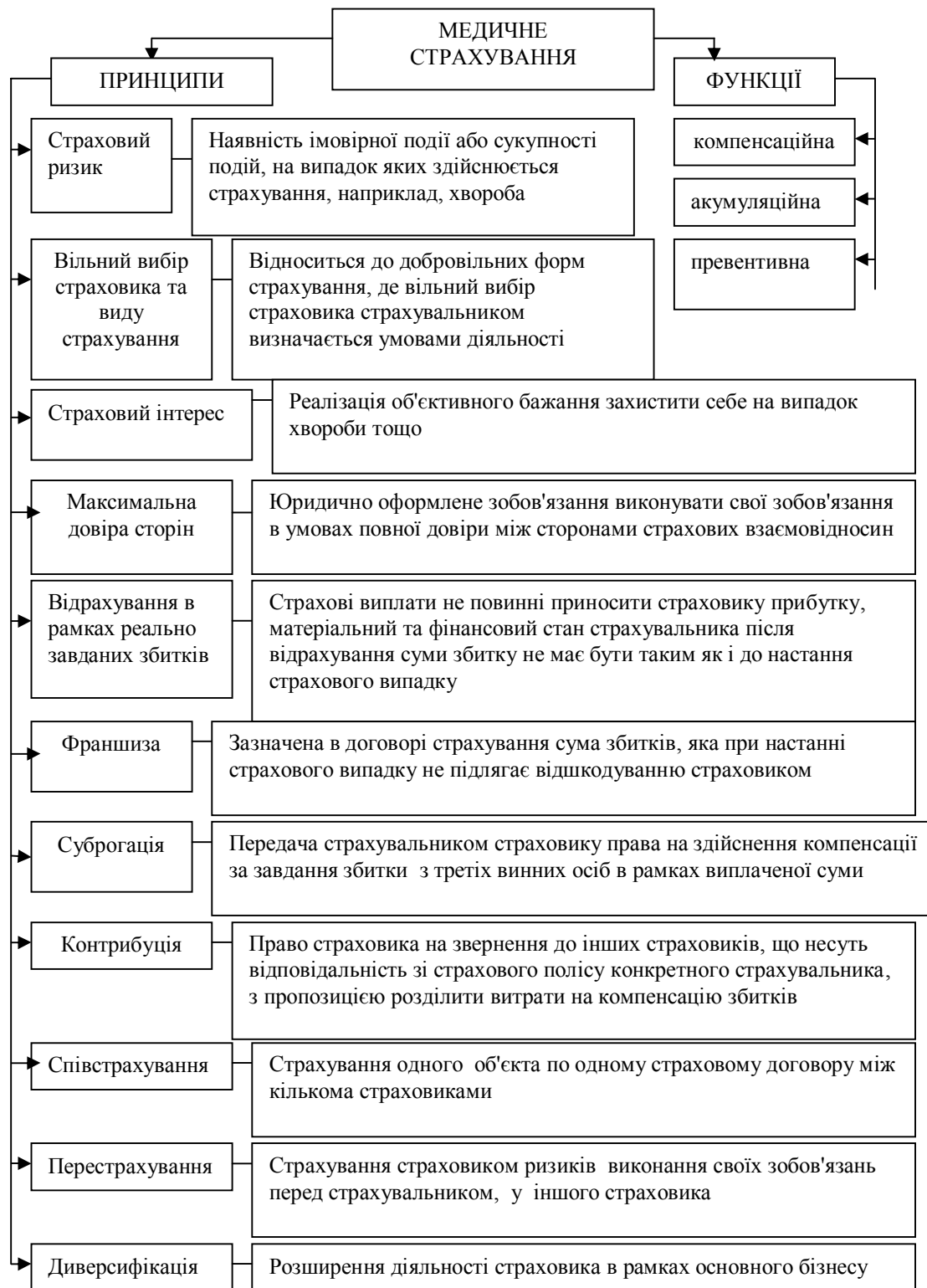


Рис.1. Принципи та функції медичного страхування

Основою радянської моделі охорони здоров'я стала модель Семашко, в якій від показника «ліжко-днів» залежали розміри державних виплат лікарням, а заробітня платня

лікарів – від спеціалізації, кваліфікації та наукового ступеня, а не від результатів діяльності. Деклароване в Конституції право на безоплатну медичну допомогу, носило окрім соціального, ще й політичний характер, оскільки демонструвало прогресивність соціалістичної системи. Однак політизація, у певній мірі, стримувала розвиток медичної науки, яка розвивалась ізольовано від світової (наприклад, генетика та кібернетика). Ці помилки, та ряд інших стали причиною кризи в радянській моделі фінансування медичних закладів [3].

З набуттям Україною незалежності, незадовільний стан розвитку галузі охорони здоров'я, спонукає до пошуку більш ефективної моделі медичного захисту громадян, дієвим механізмом якої, на нашу думку, повинно стати медичне страхування.

Сучасний стан функціонування системи медичного страхування в Україні представлено добровільним медичним страхуванням (ДМС), яке активно провадять страхові компанії. Страховий ринок України демонструє стрімкі темпи розвитку: темп приросту валових страхових платежів за 9 місяців 2008 р. порівняно з аналогічним періодом 2007 р. склав 40,8%, а валових страхових виплат – 78,3%. Станом на 01.10.08р. в Україні зареєстровано 402 страховики «non-life», переважна більшість з яких пропонують послуги з добровільного особистого страхування, до складу якого входить медичне страхування. Так, темп приросту чистих страхових премій з особистого добровільного страхування за 9 місяців 2008р., порівняно з аналогічним періодом 2007 р., склав 61,2%, а чистих страхових виплат – 44,1%. Станом на 01.10.08 р. частка валових премій з добровільного особистого страхування в загальній структурі премій склала 6,8%, а валових виплат в структурі виплат – 8,3% [4].

Слід зазначити, що вітчизняні страховики, які здійснюють добровільне медичне страхування, входять до лідерів українського страхового ринку, мають понад 10 років досвіду роботи в умовах відсутності податкових пільг для підприємств та громадян з цього виду страхування, уклали договори з медичними закладами, мають ефективну систему «асистанс» [5,с.61]. Перелік страховиків, які є лідерами українського ринку добровільного медичного страхування за рейтингом журналу «Insurance TOP», представлені в таблиці 1 [6]. Що стосується такої складової системи медичного страхування як обов'язкове (ОМС), то його впровадження, на думку багатьох науковців, враховуючи досвід інших країн та сучасний стан фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я, є неми-нучим [5,с.61]. Проте в Україні, у зв'язку з відсутністю законодавчої бази, досі не діє система ОМС.

Таблиця 1

Лідери страхового ринку України з добровільного медичного страхування станом на 01. 04. 08

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн.	Виплати, тис. грн.	Рівень виплат, %
1	Провідна	28587,9	15798,8	55,26
2	ІНГО-Україна	18911,8	11895,9	62,90
3	Нафтогазстрах	12971,3	9628,9	74,23
4	Allianz Україна	12433,1	2430,6	19,55
5.	АСКА	9781,8	6597,3	67,44
6	Трансмагістраль	9644,9	1599,1	16,58
7	Ільчевское	8340,6	6194,0	74,26
8	Крона	6562,1	1919,4	29,25
9	Галактика	6240,0	1127,7	18,07

10	Просто-Страховання	5799,4	2852,7	49,19
11	Кредо-Класик	5279,2	5208,4	98,66
12	Інвестсервіс	4232,9	3122,6	73,77
13	Країна	3502,2	564,3	16,11
14	Українська пожежно-страхова компанія	3449,7	748,2	21,69
15	Нова	3342,8	2165,8	64,79
16	Раритет	2279,1	1675,1	73,50
17	Енергополіс	2179,6	2475,3	113,57
18	Добробут та Захист	2079,7	0,0	0,00
19	Інтертрансполіс	1932,2	784,6	40,61
20	СГ «ТАС»	1755,1	897,6	51,14

Аналізуючи світовий досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я у розвинених країнах, зазначимо, що фінансування здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. З огляду на це, виділяють наступні базові моделі фінансування охорони здоров'я:

- державна, заснована на бевериджевській концепції, що фінансується переважно (до 90%) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі здійснювані послуги розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За першою формою фінансуються, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії;

- бюджетно-страхова (бісмарковська концепція), що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян які працюють і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров'я. Найпростішим є внесок, що вноситься наймачем і працівником. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд (або фонди), як правило, незалежний від держави, але діє у межах законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на точно обумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%) та інші;

- приватнопідприємницька, що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику, платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди [3].

Необхідно зазначити, що в «чистому» вигляді жодна модель не використовується: державою обирається певний симбіоз, який відповідає потребам суспільства на конкретному етапі розвитку.

Висновки і перспективи подальших розробок. Аналізуючи досвід іноземних держав та розвиток ДМС в Україні, можемо зробити висновок, що найбільш вдалою моделлю медичного страхування населення є поєднання ОМС, яке фінансується з коштів

громадян та підприємств і забезпечує певний рівень медичного захисту, та ДМС, яке виступає доповненням до ОМС та забезпечує вільний вибір програми страхування та обсягу допомоги. Держава виконує роль спостерігача, та гарантує мінімальний медичний захист незабезпеченим верствам населення.

Таким чином, з урахуванням тенденцій розвитку ДМС в Україні та досвіду фінансування медицини в іноземних країнах, для прискорення процесу переходу фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я на основу медичного страхування, доцільним, на нашу думку, буде:

- прийняття законодавчих актів у сфері обов'язкового медичного страхування з чітким визначенням джерел фінансування, а саме: здійснення ОМС за рахунок коштів громадян-фізичних осіб та суб'єктів підприємницької діяльності;
- внесення змін до податкового законодавства з метою виведення страхових платежів на медичне страхування з доходу, що підлягає оподаткуванню;
- переведення функціонування закладів охорони здоров'я на комерційні засади.

Отже, перехід цілком бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я до медичного страхування є необхідною складовою ринкових перетворень. Запорукою дієвості даної моделі фінансового забезпечення повинен стати ефективний механізм функціонування медичного страхування. Таким чином, доцільним у подальшому є розробка схем та механізмів медичного страхування для українських реалій функціонування економіки.

Література

1. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах // Фінансовий ринок України. – 2008. – №4(54). – С.32-36.
2. С. М. Гордиенко. Реформи здравоохранения: обязательное медицинское страхование // Dokument HTML. – <http://www.health-ua.com>.
3. Офіційний сайт Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики // Dokument HTML. – <http://www.likar.info>.
4. Офіційний сайт Державної комісії з регулювання ринку фінансових послуг // Dokument HTML. – <http://www.dfp.gov.ua>.
5. Концепція загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Страхова справа. – 2008. – № 2(30). – С. 60-70.
6. Журнал про страхування // Dokument HTML. – <http://www.forinsurer.com>.