

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2018-19-171>

УДК 369.06

Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні

Сокирко О.С.

кандидат економічних наук,
доцент кафедри фінансів імені Л.Л. Тарангул
Університету Державної фіскальної служби України

Кобзар І.А.

студентка
Університету Державної фіскальної служби України

Ханалієва І.С.

студентка
Університету Державної фіскальної служби України

У статті досліджено динаміку фінансування системи охорони здоров'я за рахунок видаткової частини бюджету та страхових компаній. Охарактеризовано системи охорони здоров'я за характером фінансування. Проаналізовано досвід Естонії, Нідерландів та США щодо запровадження та особливостей функціонування системи медичного страхування. Розглянуто основні зміни, передбачені медичною реформою в Україні, та наслідки повноцінного переходу до системи медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, система охорони здоров'я, фінансування, держава, страхові компанії.

Сокирко Е.С., Кобзарь И.А., Ханалиева И.С. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ

В статье исследована динамика финансирования системы здравоохранения за счет расходной части бюджета и страховых компаний. Охарактеризованы системы здравоохранения по характеру финансирования. Проанализирован опыт Эстонии, Нидерландов и США о введении и особенностях функционирования системы медицинского страхования. Рассмотрены основные изменения, предусмотренные медицинской реформой в Украине, и последствия полноценного перехода к системе медицинского страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, система здравоохранения, финансирование, государство, страховые компании.

Sokyrko E.S., Kobzar I.A., Khanaliyeva I.S. THE FOREIGN EXPERIENCE IN DEVELOPMENT OF MEDICAL INSURANCE AND POSSIBILITIES IT'S APPLICATION IN UKRAINE

The article defines the dynamics of financing of the health care system from the expenditure part of the budget and insurance companies are researched. The health systems by the nature of financing are characterized. The experience of Estonia, the Netherlands and the USA regarding the introduction and features of the functioning of the health insurance system is analyzed. The main changes envisaged by the medical reform in Ukraine and the consequences of a full-fledged transition to the health insurance system are considered.

Keywords: medical insurance, health care system, financing, state, insurance companies.

Постановка проблеми у загальному вигляді. З 1 січня 2018 року вступила в дію медична реформа, яка передбачає впровадження медичного страхування в Україні. Ця подія є важливим кроком до покращення системи охорони здоров'я та однією з обов'язкових умов отримання четвертого траншу Міжнародного валютного фонду, що передбачає утримання фінансової стабільності в нашій державі.

Нині сфера медицини характеризується низькою ефективністю, що пов'язано з нена-

лежним рівнем фінансування медичного обслуговування. Таким чином, запровадження медичного страхування як важливого елементу системи страхової медицини є актуальним питанням сьогодення та одним з перспективних напрямів розв'язання проблем забезпечення фінансовими ресурсами охорони здоров'я. Отже, варто розглянути зарубіжний досвід вирішення цієї проблеми задля його впровадження в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання медичного страхування розгляда-

лись у працях вітчизняних та зарубіжних вчених, таких як Д. Базилевич, П. Беллі, О. Бетлій, Т. Воробйова, В. Єрмілова, Т. Камінська, С. Кашин, А. Підде, А. Попович, С. Шишкін. Можливості впровадження медичного страхування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду досліджували такі науковці, як М. Бучкевич, Л. Гринів, Н. Гринів, Л. Заволока, Т. Костенко, С. Кропельницька, С. Онишко, В. Стоколюк, А. Череп, Ю. Шевчук (Герус), Л. Шупа.

Незважаючи на наявність наукового доробку, існують певні питання, які є дискусійними або не вирішеними, тому слід приділити більшу увагу дослідженню окресленої проблематики.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Протягом останніх років відбувається поступове переведення української системи охорони здоров'я на страхову модель. Проте кількість захворювань зростає, рівень та якість надання медичних послуг не покращились, фінансовий стан медичного персоналу залишає бажати кращого, що потребує реформування системи медичного страхування в Україні, а також дослідження іноземного досвіду щодо цього та можливості його впровадження в нашій державі.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є дослідження зарубіжного досвіду розвитку медичного страхування та надання рекомендацій щодо можливостей його застосування в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. У системі заходів, спрямованих на підвищення соціальної захищеності громадян, вагоме місце посідає забезпечення одержання своєчасної та якісної медичної

допомоги. Як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я медичне страхування є гарантією забезпечення медичною допомогою за будь-яких обставин з урахуванням хвороби та нещасного випадку.

Відповідно до фармацевтичної енциклопедії «медичне страхування – страхова діяльність, яка визначається як система соціально-економічних відносин із захисту інтересів громадян або членів їх родин у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини» [1]. Воно пов'язане з компенсацією витрат громадян, що зумовлені оплатою медичних та фармацевтичних послуг, а також інших витрат, пов'язаних із покращенням здоров'я, наприклад вжиттям профілактичних та оздоровчих заходів, зубним протезуванням.

У зв'язку з тим, що ефективність медичного забезпечення громадян України пов'язана з недостатнім фінансування цієї сфери, варто розглянути плановий та виконаний розмір видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я протягом 2013–2017 років (рис. 1).

Дані рис. 1 свідчать про поступове збільшення фінансування охорони здоров'я, проте це відбувається без запровадження інструментів підвищення ефективності використання ресурсів та мотивації працівників до збільшення якості послуг, що не дає змоги покращити якість медичного обслуговування [3, с. 171]. Галузь охорони здоров'я майже повністю залежить від державного бюджетного забезпечення. Розвиток та залучення інших джерел фінансування, наприклад страхових компаній, стримується недостатнім зацікавленням громадян та дещо негативним ставленням державних органів управління

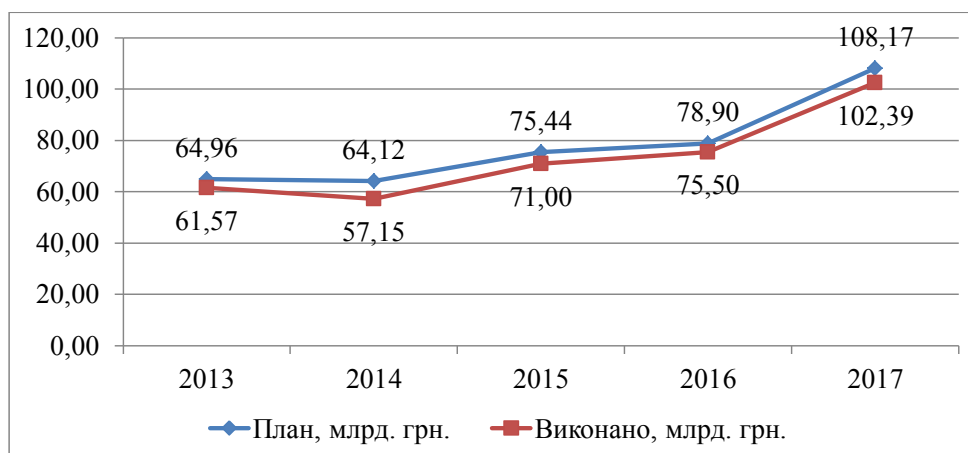


Рис. 1. Плановий та реальний розмір видаткової частини зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2013–2017 роках, млрд. грн.

Джерело: побудовано авторами [2]

охороною здоров'я до суб'єктів підприємництва, що підтверджується величиною валових надходжень страхових платежів (премій, внесків) до страхових компаній у сфері охорони здоров'я (табл. 1).

Враховуючи вищезазначене, розглянемо зарубіжний досвід розвитку медичного страхування. Загалом за характером фінансування система охорони здоров'я поділяється на державну, соціальну та платну [5, с. 182–183].

1) Державна (бюджетна) система охорони здоров'я фінансується з державного бюджету за рахунок податкових надходжень та забезпечує належний рівень медичної допомоги всім категоріям населення (Англія, Данія, Італія, Ірландія, країни колишнього СРСР). За центральними та місцевими органами влади закріплено функцію управління та планування в державних системах охорони здоров'я.

2) Організовані за соціальним принципом системи охорони здоров'я також управляються державними органами, проте, на відміну від вищезазначеної системи, фінансуються на тристоронній основі, а саме за рахунок внесків працівників, роботодавців та бюджетних надходжень. При цьому малозабезпечені та соціально незахищені особи не сплачують страхові внески (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Японія, Франція тощо). Особливостями цієї системи є участь населення у витратах, що оплачуються населенням самостійно з певних видів та відповідно до обсягу медичної допомоги, за винятком коштів страхування, та соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий – за старого, багатий – за бідного).

3) Представниками третього виду є переважно платні системи охорони здоров'я, які фінансуються за рахунок власних коштів населення. Лише у США відсутня єдина система державного страхування, а медична

допомога надається на платній основі, якій належить першість за масштабами нагромаджених ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, розглянемо по представнику кожної системи охорони здоров'я, а саме Естонію, Нідерланди та США.

У 1992 році в Естонії була введена в дію система обов'язкового медичного страхування. Державне страхування в цій країні покриває витрати населення на лікування захворювань, їх профілактику та протезування зубів, фінансує придбання законодавчо встановленого переліку ліків та медичних пристроїв, а також компенсує дохід, не отриманий через тимчасову непрацездатність.

Головним елементом системи є сімейні лікарі, тільки за скеруванням яких можна потрапити до лікаря-фахівця за пільговим прейскурантом лікарняної каси. За відсутності направлення сімейного лікаря самостійно можна звертатись тільки до таких фахівців, як гінеколог, дерматовенеролог, офтальмолог, психіатр, стоматолог, а в разі травми – травматолог та хірург.

Сімейний лікар повинен обслуговувати загалом не менше 1,2 тис. пацієнтів, проте не більше 2 тис. осіб. За кожного лікаря отримує певну суму незалежно від кількості відвідувань у розрахунку на місяць.

Також важливо зазначити, що Естонія впроваджує проекти е-здоров'я, тобто медики використовують комп'ютери та зчитувачі ID-карт, замість паперових рецептів застосовуються електронні, а запис на прийом до лікаря здійснюється через Інтернет.

Система фінансується за рахунок внесків соціального податку, що стягується з кожного працівника. При цьому дітям до 19 років, студентам разом із докторантами, пенсіонерам, офіційно зареєстрованим безробітним, вагітним, інвалідам та опікунам інвалідів медична

Таблиця 1

Валові надходження страхових платежів (премій, внесків) до страхових компаній у сфері охорони здоров'я у 2013–2017 роках, млн. грн.

Показник \ Рік	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхування медичних витрат	Всього
2013	1 487 545,1	373 585,3	334 657,6	2 195 788,00
2014	1 625 393,0	308 250,3	332 049,0	2 265 692,30
2015	1 929 226,6	269 458,7	490 747,4	2 689 432,70
2016	2 355 487,0	292 608,7	726 991,6	3 375 087,30
2017	2 881 338,9	405 103,2	890 956,9	4 177 399,00

Джерело: побудовано авторами [4]

страховка надається безоплатно. Зазначені внески повністю сплачує роботодавець за свого працівника. Загальна ставка соціального податку в Естонії становить 33%. До державного бюджету соціального страхування відраховуються 13%, решта 20% спрямовуються в бюджет пенсійного страхування [6].

Перевагами естонської системи медичного страхування є такі:

- естонська система працює, адже за роки її дії середня очікувана тривалість життя збільшилася з 69,1 до 77,74 років у 2016 році;

- система обов'язкового медичного страхування є економною щодо державного бюджету, адже витрати на медицину становлять тільки 6% ВВП;

- незважаючи на низькі витрати, Естонія має належне забезпечення людськими та матеріальними ресурсами, адже на 1 000 жителів припадають 3,3 лікарів та 5 лікарняних ліжок.

Недоліками естонської системи медичного страхування є такі:

- держава посідає одне з перших місць в рейтингу країн Євросоюзу за часом очікування прийому лікаря, що характеризується складністю запису на консультацію;

- система медичного страхування Естонії фінансово вразлива, адже нагадує піраміду: працюючі платники податків оплачують медицину для себе та великої групи населення, яка податки не платить; у зв'язку зі стрімким старінням суспільства частка вкладників зменшується, а попит на медичні послуги збільшується [7, с. 170–171].

Медичне страхування в Нідерландах з'явилося у 1901 році, складавшись тоді з декількох сотень страхових організацій та товариств взаємодопомоги. Їх більшість становили малі компанії, що представляли інтереси населення міста, підприємства. Лише у 1940 році почалося зародження керованого медичного страхування, умовою якого було введення стандартизації у створенні, у зв'язку з чим почалась процедура об'єднання невеликих компаній у більші страхові фонди.

Діяльність таких страхових організацій нині регулюється спеціально уповноваженим органом, а саме Центральною Радою страхових фондів, яка структурно складається з представників медичних асоціацій, органів управління, профспілок, роботодавців. Цей орган влади не є урядовим, але за ним закріплено низку важливих повноважень:

- слідкувати за погодженням страховими організаціями в наданні страхових медичних

послуг, здійснювати контроль за витратами ресурсів;

- надавати інформацію, необхідну для визначення нормативу централізованого фінансування страхових компаній, розрахунку страхових тарифів та внесків [8, с. 81].

Більшість населення держави включена в систему керованого страхування з наданням права самостійного вибору страховика.

Система регульованого страхування охоплювала 60% громадян Нідерландів до 1990 року. Більше 30% населення були застраховані в приватних страхових організаціях. Натомість ці страховики налаштовані на залучення клієнтів за рахунок меншого розміру внеску. Приблизно 40% приватного страхування складаються з групових угод між підприємцями та страховими компаніями. Суб'єкти підприємницької діяльності сплачували 50% та більше від суми страхового внеску, а залишок доплачували працівники. Також мало місце персональне або сімейне страхування [9, с. 20].

Проведені на початку 1990-х років реформи під назвою «План Декера» змінили напрацьовані страхові програми на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. Всі категорії населення сплачують однакову ставку страхового внеску, яка обчислюється як відсоток від прибутку та не відображає індивідуальні ризики. Грошові кошти, зібрані на цій основі, нагромаджуються в страховому фонді, а потім повертаються страховику, якого вибрав клієнт або який представляє його інтереси страхування. Платіж страховій компанії нараховується з огляду на зважені нормативи на одного застрахованого. В такому разі страхова організація повинна знати, що незалежно від складу застрахованих осіб вона отримає відрахування, що відображають реально можливий обсяг затрат. Також у Нідерландах у зазначеному нормативі враховуються витрати. В цій системі медичного страхування відповідальність уряду за стан охорони здоров'я зберігається, проте функції управління та планування переходять до страхових організацій.

У США функціонує система медичного страхування, що базується на взаємодії центрального страхового фонду з місцевими незалежними страховими компаніями. Кошти нараховуються в центральному фонді, а потім розподіляються страховикам за допомогою затвердженої на законодавчому рівні форми розрахунків. Ця система працює в США в частині програм "Medicare" та "Medicaid", які не можна вважати повноцінною державною

системою медичного страхування, оскільки в процесі формування їхніх фондів не використовують страховий принцип (вони отримують дотації з федерального бюджету США безпосередньо).

Державні програми медичної допомоги охоплюють більше 20% населення, групове страхування за місцем роботи становить 58%, а добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2%. Приблизно 15% населення штатів не мають доступу до медичного страхування, адже є малозабезпеченими, безробітними, бездомними та членами сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування [5, с. 186]. Особливістю зазначеної системи у США є те, що наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільше користуються медичним страхуванням державні службовці, робітники промисловості та ті, що працюють повний робочий день, члени профспілки. Звільнення з робочого місця автоматично приводить до закінчення дії медичної страховки.

Отже, можна стверджувати, що у США медичне страхування безпосередньо пов'язане з трудовою діяльністю. На охорону здоров'я виділяють 11,5% валового прибутку. Це більше, ніж будь-яка інша країна у світі, проте водночас близько 15% американців не мають жодного фінансового захисту від значних втрат на медичну допомогу через відсутність у них страхових медичних полісів [10, с. 94].

В Україні процес практичного введення медичного страхування розпочався 1 січня 2018 року на основі затвердження медичної реформи в останні дні 2017 року. До основних змін, передбачених реформою, належать:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, що включає досить широкий перелік амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів;

- те, що єдиним національним закупником медичних послуг є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), що є центральним органом виконавчої влади (вона в інтересах пацієнта буде оплачувати надані медичні послуги за рахунок державного бюджету в межах програми медичних гарантій);

- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», тобто держава більше не виділятиме грошей відповідно до кошторису на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, наслідком чого є те, що медичні заклади мають перетворитись на автономні

суб'єкти господарювання, які отримуватимуть оплату за результати своєї діяльності (за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу);

- автономізація постачальників медичної допомоги, адже відносини між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів, а саме Національною службою здоров'я України (замовником послуг), налаштовуються згідно з договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату;

- впровадження системи e-Health, тобто переведення всієї медичної документації в електронний вигляд;

- введення в дію програми «Доступні ліки», на основі якої пацієнти, які страждають на бронхіальну астму чи діабет II типу, серцево-судинні захворювання, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою, для чого необхідно звернутись до лікаря за рецептом та отримати препарати в долученій до програми аптеці;

- прозора та ефективна закупівля ліків, а саме створення закупівельної організації, метою якої є формування сучасної зручної системи, спрямованої на конкурентне середовище в Україні;

- утворення нових можливостей задля здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я (з національного рівня буде забезпечуватись програма медичних гарантій, а кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи та провадження місцевих програм) [11].

Висновки з цього дослідження. Отже, наявна в Україні система охорони здоров'я потребує термінового виконання запропонованого та введеного в дію процесу реформування. Повноцінний перехід до системи медичного страхування дасть змогу:

- фінансувати лікувальні установи та медичні заклади відповідно до обсягу та якості наданих ними послуг, що сприятиме підвищенню оплати праці;

- забезпечити фінансову незалежність медичних закладів;

- перейти до контрактних умов у системі охорони здоров'я;

- посилити конкуренцію між державними та приватними лікувальними установами;

- користуватись переліком медичних послуг, які фінансуватимуться за рахунок держави, що створить умови розвитку добровільного медичного страхування [12, с. 161].

Нині доцільно підтримувати створену модель розвитку медичного страхування в Україні, що дасть змогу накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачують держава, роботодавці та гро-

мадяни, яка повинна забезпечити рівність та доступність медичних послуг досить високої якості для всіх громадян. Крім цього, варто досліджувати ефективність її виконання та в разі необхідності звернутись до досвіду зарубіжних країн.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua>.
2. Державна казначейська служба України. URL: <http://www.treasury.gov.ua>.
3. Міщенко Д., Міщенко Л. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. Економічний простір. 2016. № 106. С. 168–177.
4. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua>.
5. Крпельницька С., Гринів Л., Гринів Н. Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціально-політичного становища України на шляху до євроінтеграції. Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. 2014. Вип. 10. С. 180–190.
6. Демиденко О. Естонія: медичне страхування в дії. URL: <https://www.apteka.ua/article/34808>.
7. Шупа Л. Досвід естонського медичного страхування для впровадження в Україні. Економічний аналіз. 2018. Т. 28. № 1. С. 168–171.
8. Гречківська Н. Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. Медична наука та практика: виклики і сьогодення. 2017. С. 77–82.
9. Череп В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. Сталий розвиток економіки. 2013. № 2 (19). С. 17–23.
10. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
11. Реформа системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.
12. Онишко С., Шевчук Ю. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Інтелект XXI. 2016. № 5. С. 158–162.

REFERENCES:

1. Farmaceutychna encyklopedija [The Pharmaceutical Encyclopedia]. Available at: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua>.
2. Derzhavna kaznachejsjka sluzhba Ukrainy [The State Treasury Service of Ukraine]. Available at: <http://www.treasury.gov.ua>.
3. Mishhenko D., Mishhenko L. (2016) Finansuvannja okhorony zdorov'ja v Ukraini: problemy ta naprjamy jikh vyrishennja [Financing of health protection in Ukraine: problems and directions of their solving] Economic space, no. 106, pp. 168–177.
4. Nacionaljna komisija, shho zdijsnjuje derzhavne rehuljuvannja u sferi rynkiv finansovykh poslugh [The National Commission for State Regulation of Financial Services Markets]. Available at: <https://www.nfp.gov.ua>.
5. Kropeljnyckja S., Ghryniv L., Ghryniv N. (2014) Perspektyvy rozvytku medychnogho strakhuvannja v umovakh socialjno-politychnogho stanovyshha Ukrainy na shljakhu do jevointegraciji [Prospects for the development of medical insurance in the conditions of the socio-political situation of Ukraine on the way to euro integration] The actual problems of regional economy development, vol. 10, pp. 180–190.
6. Demydenok O. Estonija: medychno strakhuvannja v diji [Estonia: health insurance in action]. Available at: <https://www.apteka.ua/article/34808>.
7. Shupa L. Dosvid estonskogo medychnogho strakhuvannja dlja vprovadzhennja v Ukraini (2018) [Implementation of estonian medical insurance experience in Ukraine] Economic analysis, p. 28, no. 1, pp. 168–171.
8. Ghrechkivskja N. Medychno obslughovuvannja pracjujuchykh v krajinaх Jevropejskogho Sojuzu (2017) [Medical care of workers in the countries of the European Union] Medical science and practice: challenges and present, pp. 77–82.
9. Cherep V. Praktychnyj inozemnyj dosvid medychnogho strakhuvannja (2013) [Practical foreign medical insurance experience] Sustainable development of economy, no. 2 (19), pp. 17–23.

10. Bojko O., Khyzhynska Gh. Aprobacija zarubizhnogho dosvidu aktyvizaciji medychnogho strakhuvannja v Ukrajinі (2018) [Promotion of external experience activation of medical insurance in Ukraine] Foreign mores economic studies, vol. 27, pp. 93–97.

11. Reforma systemy okhorony zdorov'ja [Healthcare reform]. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

12. Onyshko S., Shevchuk Ju. Problemy finansuvannja i perspektyvy rozvytku medychnogho strakhuvannja v Ukrajinі (2016) [Funding problems and prospects of development health insurance in Ukraine] Intellect XXI, no. 5, pp. 158–162.