

УДК 314.172

С. В. Горохов
кандидат історичних наук,
доцент кафедри освітньої політики
Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова,
С. Д. Старинчук
директор компанії "Starinchuk Insurance Agency"

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

Наукове підґрунтя проблеми формування й розвитку системи медичного страхування в ринкових умовах закладено визначними зарубіжними та вітчизняними вченими, серед яких А. Аркінсон, Н. Архангельська, В. Базилевич, Дж.А. Брїтейн, Є. Берковіц, Р. Болл, Н. Внукова, Я. Вовк, О. Гаряча, О. Гаманкова, О. Губар, Ю. Гржбовський, А. Грищенко, Ю. Гришан, Н. Демідов, А. Загородній, О. Юшменко, Ю. Косарев, В. Князевич, Е. Ковжарова, І. Кричко, М. Мних, Б. Надточій, С. Осадець, М. Папієв, Р. Пікус, Й. Плиса, Н. Приказюк, Е. Русецька, А. Савснко, О. Солдатенко, Н. Стежко, В. Стеценко, Г. Тлуста, І. Фурдак, О. Хитрова, Л. Худолій, І. Яковенко, Н. Ярош та інші [4].

В Україні дослідженню окремих питань функціонування охорони здоров'я й медичного страхування присвячено праці В. Андрущенка, Й. Бескида, В. Базилевича, О. Василика, О. Кириленко, В. Крамаренко, В. Паламарчука, В. Руденя, В. Рудого, Х. Терешко, В. Філатова, С. Юрія. Серед російських учених цими питаннями займаються Н. Грищенко, М. Кузьменко, Ю. Лісцин та ін. Важливе місце в розробці проблеми на цю тему посідають праці західних науковців: Дж. Гендерсона, Г. Муні, К. Харді й інші.

Незважаючи на теоретичну і практичну цінність накопичених наукових знань, існує потреба подальшого пошуку шляхів формування та розвитку системи медичного страхування з метою забезпечення системного підходу до розгляду й вивчення проблем поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування.

У всі часи питання життя і здоров'я людини становили значну соціальну цінність. Не є винятком і сучасна Україна, котра характеризується високими показниками захворюваності й смертності, зниженням тривалості життя середньостатистичного громадянина. Одним із важливих факторів такого стану є незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я, що виявляється в недостатньому фінансуванні, погіршенні доступності і якості медичної допомоги, розбалансуванні управління галуззю, нерегульованості значної частини суспільних відносин. Зазначене зумовлює необхідність пошуку адекватних правових шляхів покращення функціонування української охорони здоров'я.

Одним із важливих кроків, на який не раз звертали увагу політики, організатори охорони здоров'я, фахівці з питань юридичного забезпечення медичної діяльності й пересічні громадяни, що здатен якісно оновити українську медицину, збільшити фінансування охорони здоров'я, об'єктивізувати забезпечення і захист прав пацієнтів, є обов'язкове медичне страхування. Незважаючи на наявність кількох законопроектів з цього питання, жоден із них не став частиною нормативно-правової бази охорони здоров'я. Проте це свідчить не про відсутність актуальності цієї проблеми, а про необхідність попередніх наукових розробок, спрямованих на адміністративно-правове регулювання численних суспільних відносин, що виникають у системі обов'язкового медичного страхування.

На часі необхідність здійснення пошуків, спрямованих на пошук і аналіз передумов запровадження цього виду страхування, формування правових принципів запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Також потребує свого попереднього вирішення система та функції організаційних структур, котрі будуть працювати в межах обов'язкового медичного страхування.

Разом із тим варто зазначити, що на сьогодні в українській науці адміністративного права відсутні системні наукові юридичні дослідження, присвячені адміністративно-правовому

регулюванню реформування охорони здоров'я в умовах запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування.

Для досягнення цієї мети поставлено такі завдання: проаналізувати соціально-економічні та юридичні передумови запровадження обов'язкового медичного страхування; визначити шляхи вдосконалення адміністративно-правового регулювання організації охорони здоров'я в умовах запровадження обов'язкового медичного страхування; визначити роль медичного страхування в системі суспільного страхового захисту й узагальнити теоретичні підходи щодо економічної сутності медичного страхування; адаптувати процеси функціонування систем медичного страхування в розвинених країнах світу до специфіки ринку страхування в Україні; виокремити чинники, що зумовлюють формування системи медичного страхування в сучасних умовах; розкрити зміст фінансових аспектів функціонування обов'язкового медичного страхування; запропонувати перспективні схеми поєднання добровільного й обов'язкового медичного страхування та розробити багаторівневу систему медичного страхування.

Об'єктом дослідження є процеси функціонування системи медичного страхування в Україні.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні підходи до формування й розвитку медичного страхування в умовах ринкових відносин.

Зважаючи на аналіз, поняття «медичне страхування» можна подати як вид соціального та особистого страхування, а тому обов'язкове медичне страхування варто розглядати в складі інституту соціального страхування, тоді як добровільне медичне страхування має своє інституційне забезпечення й може здійснюватися за такими напрямками, як страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я.

Медичне страхування як елемент соціального страхування найманих працівників являє собою сукупність правових, економічних та інституціональних відносин щодо захисту інтересів найманих працівників у разі хвороби або втрати працездатності за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати роботодавцями й найманими працівниками у пропорційних розмірах страхових внесків і доходів від розміщення та використання одержаних коштів в інвестиційних проектах.

У цьому контексті медичне страхування має поширюватися на всіх, хто працює на умовах трудового договору; джерелами формування фонду обов'язкового медичного страхування є внески роботодавців і найманих працівників; участь держави у формуванні фонду не передбачено; у процесі такого страхування має місце солідарна взаємодопомога, зв'язок між страховими внесками та майбутніми страховими виплатами.

У розвинених країнах успішно використовують принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику і профілактику захворювань. Ці заходи дають змогу знизити загальну захворюваність, тяжкість хвороби, рівень інвалідизації й, відповідно, витрати на лікування. Доведено, що лікування захворювань на ранній стадії обходиться в кілька разів дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості, і в десятки разів дешевше, ніж лікування важких і хронічних захворювань. В усталених системах охорони здоров'я західних країн, незважаючи на фінансові можливості, у багатокількі разів більше, ніж в Україні, 80% обсягу медичних послуг припадає на лікарів загальної практики й лише 20% – на дорогих вузьких фахівців. Досить висока частка допомоги, що надається середнім медичним персоналом. Част-

кове покриття медичних витрат самими пацієнтами стримує непотрібні витрати.

Перехід від фінансування за надані послуги до фінансування на основі нормативів – перспективний механізм стримування витрат за збереження якості медичної допомоги. Цей механізм спонукає заклади охорони здоров'я робити все, щоб здоров'я застрахованих було в порядку, а коли допомога їм необхідна, надати її своєчасно в потрібному обсязі.

Розумна конкуренція завжди сприяє якості послуг. ВООЗ рекомендує використовувати її принципи, оскільки баланс державної монополії й зарегульованості знаходиться в різній пропорції з приватними страховими компаніями в різних країнах. Оптиміальна конкуренція призводить до того, що страховики докладають максимальних зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальною ціною. Зайва конкуренція, навпаки, зумовлює великі витрати, оскільки необхідні витрати на рекламу, часом на шкоду якості.

При регіональній монополії в страховика з'являється можливість надавати медичну допомогу за мінімальними цінами, оскільки він укладає контракти тільки з одним платником, а єдиний платник забезпечує наступність і координує медичну допомогу на місцевому рівні, однак за умови, що буде працювати стимул – бути дбайливим покупцем медичних послуг. Для цього необхідно законодавчо передбачити, з одного боку, такі стимули, з іншого – забезпечити таку систему контролю, щоб покупець медичних послуг діяв в інтересах суспільства.

В охороні здоров'я України останнім часом намітилася позитивна тенденція зниження таких чутливих до якості медичної допомоги показників, як дитяча й материнська смертність. Загалом по Україні вона знизилася, тоді як народжуваність, нарешті, повільно збільшується. Істотно поліпшилося медичне забезпечення хворих на ВІЛ/Снід і туберкульоз. Ці позитивні тенденції – результат структурних змін у Міністерстві охорони здоров'я України, що відбулися останнім часом. Щоб домогтися результатів, необхідні законодавчо закріплені зміни в структурі фінансового забезпечення галузі. Паралельно з упровадженням обов'язкового державного медичного страхування (далі – ОДМС) потрібно суттєво реформувати структуру охорони здоров'я, оскільки нові фінансові механізми не будуть ефективними працювати в старій системі економічних відносин. Консервативні методи управління лікувальними установами гальмуватимуть прогресивні страхові механізми.

Оплату лікарям потрібно проводити за обсяг і якість наданої медичної допомоги. Обов'язкове медичне страхування (далі – ОМС) є податковим по своїй суті, як і бюджетні кошти, на жаль, створюють ілюзії, що виділені кошти не треба заробляти. Тому механізми оптимізації витрат і їх контроль повинні йти в ногу з іншими критеріями, що стимулюють медичний персонал надавати якісну допомогу, дбаючи насамперед про профілактику захворювань.

Перехід до страхування здоров'я відображає ідеологічні зміни в державі, перехід від адміністративно-командної системи до ринкових відносин. Саме вони сприяють досягненню балансу між попитом і пропозицією, стимулюють ефективність і зацікавленість виробників послуг. Однак вільний ринок – не панацея. Ринкові відносини призводять до позитивного ефекту лише в умовах суворого виконання законів, відсутності чиновницького диктату й корупції, поваги прав на приватну власність і економічної стабільності. Вільний ринок мало придатний для регулювання охорони здоров'я в наших ментальних умовах.

Під час створення нормативно-правових документів варто врахувати, що необхідно істотно змінити надлишкову структуру управління лікувальними установами, інакше дублювання їхніх функцій страховим фондом зажадає не тільки зайвих витрат на утримання апарату, а й унесе дисонанс у роботу троїстого союзу. Належить визначити мінімум гарантованих медичних послуг, розробити вітчизняні стандарти лікування й тарифи на послуги.

Усвідомлення необхідності переходу від принципу загальної доступності безкоштовної медицини до медичної допомо-

ги більш високого рівня та обсягу, але укладеного в жорсткі фінансові межі, ще довго буде слугувати гальмом на шляху реформ. Змінити менталітет українців зможе тільки копітка робота фахівців і засобів масової інформації (далі – ЗМІ). Дивно тільки, що тоді як вищий законодавчий орган обговорює кроки, що стосуються першочергових потреб народу, ЗМІ висвітлюють цю тему дуже стримано. Із думкою самого народу, медичних працівників, так само як і думкою українських роботодавців як основних наповнювачів бюджету страхових фондів у нас чомусь не прийнято рахуватися.

Уведення ОДМС у складі єдиного соціального податку – найбільш прийнятний для умов України механізм переходу від бюджетної до бюджетно-страхової системи фінансування галузі. Фінансування соціально значущих медико-санітарних і оздоровчих цільових програм, включаючи установи психіатричної, наркологічної, ендокринологічної, онкологічної, інфекційної та протитуберкульозної служб, пільгове забезпечення громадян лікарськими засобами повинна взяти на себе держава. Однак справжнє реформування охорони здоров'я стане можливим лише після впровадження ОДМС і буде залежати від комплексу фінансових, управлінських і ментальних змін у суспільстві.

В економіці охорони здоров'я страхування відіграє основну роль практично в усіх розвинутих країнах. Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвинутої держави. У розвинутих країнах Західної Європи, Америки, Австралії, Японії організаційно-економічний механізм медичного страхування сформований і діє десятки років, переконливо доводячи практичність подібної форми організації медичної допомоги населенню.

В Україні на сьогодні відбуваються жваві дискусії щодо переходу до того чи іншого виду фінансування. Ситуація невизначеності переходу на новий рівень фінансування медичного страхування й відсутність згоди між різними учасниками ринку зумовили необхідність розглянути зарубіжний досвід провідних країн світу в галузі медичного страхування.

Основними видами фінансування охорони здоров'я є державне (обов'язкове), добровільне та змішане. У відокремленому вигляді ці види не використовуються ні в одній країні світу, хоча в деяких із них займають домінуюче становище.

У середині будь-якої групи країн з порівнянним рівнем розвитку не існує прямої залежності між витратами на медичну допомогу та рівнем здоров'я населення. Сімка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших) виглядає так: Японія, Німеччина, США, Великобританія, Франція, Канада, Нідерланди.

Перше місце посідає Японія й останнє місце за часткою витрат на охорону здоров'я у ВВП і забезпеченістю населення лікарями. Одне з перших місць посідають США, але дитяча смертність і очікувана тривалість життя чоловіків у США найбільш несприятливі. Отже, напрашується висновок, що якщо країна переборолла злидні, то для неї немає готової відповіді на запитання: чи треба витрачати на медицину більше, ніж уже витрачається [2].

У США не існує обов'язкового медичного страхування всього населення. Витрати на лікування, що покриваються приватними страховими компаніями й державою, наприкінці 90-х рр. XX ст. оцінювалися в 70% від загальної суми медичних витрат населення, рівної 440 млрд дол. США, у тому числі на частку приватних страхових компаній понад 30% від цієї суми.

Системи охорони здоров'я країн Західної Європи традиційно ділять на дві групи: створені за «бевериджською» та «бісмарківською» моделями. Першу систему (так звану бюджетну) запропонував В. Беверидж у 1942 р. у Великій Британії. Ця система полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії та інших країнах. До її переваг можна зарахувати загальну доступність медичного

обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливості розподілу засобів.

За основу другої системи було прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. Згідно з нею, медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою. Страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Управління цими фондами здійснюють представники застрахованих.

Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, або охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення в Німеччині, Швейцарії та Франції [1].

Німеччина має найтривалішу історію медичного страхування. Для неї характерна подвійна система страхування здоров'я за участю й приватних, і державних організацій. Існують два види страхування: обов'язкове (державне) й добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я в Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6% ВВП, або 2 840 євро на одну особу.

Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним принципом і частково за професійним або галузевим. У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90% населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем і працівником приблизно порівну й становлять 12–14% заробітної плати працівника до оподаткування. Під час 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 ніж 10% населення Німеччини мають приватні медичні страховки й відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють. Страхуватися приватно мають право особи, річний дохід яких становить понад 47 250 євро. Ця межа переглядається урядом щороку.

Внески в цьому випадку залежать від обраного набору послуг, віку, стану здоров'я, сфери діяльності тощо застрахованої особи. За приватною медичною страховкою можна отримати більш якісний і повний перелік медичних послуг, але відшкодування страховою компанією здійснюється лише після їх фактичного надання й оплати страхувальником. Приватна страховка не завжди дорожча за державну, оскільки можна придбати мінімально необхідний набір послуг. Близько 0,3% населення країни не має медичної страховки.

Переваги німецької моделі медичного страхування полягають у гарантованому державою високому рівні медичного обслуговування громадян незалежно від їхніх фінансових можливостей; максимальному охопленні обов'язковим медичним страхуванням населення; високих витратах на фінансування галузі охорони здоров'я в країні загалом; пропаганді профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас; значному державному фінансуванні наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів і клінік при них [5, с. 901–1000].

Хоча німецька система медичного страхування має низку переваг, проте треба назвати і її недоліки, на які варто звернути увагу, розробляючи модель медичного страхування для України.

По-перше, постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які сьогодні становлять приблизно 13,4% заробітної плати до оподаткування. Нині прогнозується подальше зростання цього показника. Насамперед це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні.

По-друге, суттєве збільшення організаційних витрат у системі охорони здоров'я. У лікарняних касах вони становлять приблизно 5% від суми внесків. У розрахунку на одну застраховану особу в 1992 р. вони становили 106 євро, а у 2005 р. –

159 євро, що свідчить про неефективну організацію роботи суспільних лікарняних кас [5, с. 901–1000]. Крім того, додаткові витрати створює мережа посередників, які збирають і акумулюють рахунки за медичні послуги й передають у лікарняні каси.

По-третє, обмежений контроль з боку суспільних лікарняних кас за обсягами та якістю наданих медичних послуг. Рахунки за медичні послуги збирають і акумулюють посередницькі організації, а потім передають їх у лікарняні каси. За таких умов лікарняні каси безпосередньо не спілкуються з пацієнтами й, відповідно, не контролюють обсяг і якість наданих послуг. З іншого боку, у цій анонімності полягає й перевага такої системи охорони здоров'я. Лікарняна каса не може обмежувати необхідний обсяг медичних послуг для застрахованих осіб заради економії коштів. Крім того, на сьогодні в Німеччині немає єдиного носія, у якому накопичується вся інформація про стан здоров'я людини.

По-четверте, лікарняні каси не накопичують страхові внески, не мають можливості займатися інвестиційною діяльністю й отримувати прибутки від розміщення зібраних коштів.

По-п'яте, перелік гарантованих медичних послуг за обов'язковим медичним страхуванням постійно зменшується. Сьогодні це вже стосується низки стоматологічних послуг, купівлі окулярів і контактних лінз тощо. Також є проблема черг до певних лікарів, а деякі операції потрібно очікувати майже півроку [5, с. 901–1000].

На відміну від німецької моделі, французька модель медичного страхування має централізовану форму управління. Діє система загального страхування на випадок хвороби, якою охоплено близько 80% населення. Система обов'язкового медичного страхування регламентується законом «Про медичне страхування і фінансування охорони здоров'я», який передбачає внесення страхових сум як тими, хто працює, так і роботодавцями. Причому роботодавці сплачують 12,5%, а наймані працівники – 7%.

На чолі системи лікарняних кас стоїть національна каса (каса страхування найманих робітників), яка перебуває під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці. Національна каса виконує функції визначення розмірів допомог і внесків, загальний контроль за діяльністю лікарняних кас, контроль якості й вартості медичної допомоги. Вона має місцеві відділення, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні й не конкурує з іншими. Страхування в касах здійснюється за територіальним принципом. Клієнти практично позбавлені права вибору страхової організації. Державою забезпечується невисока вартість ліків [1].

Окрім страхових кас, у Франції існують численні товариства взаємодопомоги, які здійснюють додаткові до обов'язкового виду страхування, наприклад, оплату медикаментозної і стоматологічної допомоги. Ці товариства беруть участь у сплаті рахунків своїх членів первинним страховим касама, деякі з них пропонують своїм членам допомогу щодо догляду за людьми похилого віку. Діяльність товариств взаємодопомоги координується національною федерацією. Франція також має добре розгалужену сітку приватних страхових компаній [6].

Німецька та французька моделі мають такі спільні риси: обов'язковий характер страхування, доступність для всього населення незалежно від ступеня ризику, застосування сучасних технологій, суспільна солідарність, участь держави в оплаті вартості лікування й ліків.

У Великобританії організована система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює його державний характер із великим ступенем централізації управління. Основна частина коштів надходить із державного бюджету й розподіляється зверху до низу по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування.

Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження податків, що становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% його формуються за рахунок внесків роботодавця. Отже, національна система охорони здоров'я існує практично за рахунок коштів, які вносяться платниками податків і виділяються державою на охорону здоров'я.

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює виключно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення [2].

Головний принцип діяльності приватних страхових компаній – це доповнення державної системи охорони здоров'я. Об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе національна служба охорони здоров'я. З огляду на високий рівень розвитку національної служби охорони здоров'я сфера діяльності приватного медичного страхування досить обмежена, вона охоплює тільки платну частину медичної допомоги як у комерційних медичних установах, так і в лікарнях національної служби охорони здоров'я.

Істотним недоліком бюджетного фінансування охорони здоров'я є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, як правило, відсутність можливості вибору лікаря й лікарської установи.

Уряд Великобританії пропонує стимулювати спроби Національної системи охорони здоров'я підвищити ефективність надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її видами. Уведено розподіл відповідальності за надання медичної допомоги і за її проведення [2].

Розгляд різних систем медичного страхування зарубіжних країн світу дав змогу визнати той факт, що кожна розглянута нами країна має певний, особливий вид страхування, незважаючи на те що в Європі переважають три основні моделі медичного страхування. Тому висновок такий: немає універсальної моделі, яка б підходила всім країнам. Держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування й забезпечити реалізацію та контроль за нею. Звичайно, це не виключає можливості й потреби її реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування надасть країні можливість розвиватися далі. Українську систему охорони здоров'я потрібно адаптувати до сучасних економічних умов і нашої ментальності. Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві і сфері охорони здоров'я зокрема. Досвід країн Європейського Союзу, а також країн Центральної та Східної Європи засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалити у межах як бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Якщо говорити про майбутнє, ідеальна модель для України – це бюджетно-страхова медицина. Це означає, наприклад, те, що онкологію, СНІД, невідкладну медичну допомогу, допомогу при пологах, охорону материнства й дитинства фінансує державний бюджет, а решта коштів надходить із Фонду обов'язкового медичного соціального страхування [3].

Визначивши основні види фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, можемо зробити висновок, що найбільш прийнятною для більшості країн є змішана форма фінансування. За змішаної системи медичного страхування страхові внески сплачують держава, роботодавець та громадяни, але водночас необхідно забезпечити доступність медичної допомоги для непрацюючих громадян і соціально незахищених верств населення через законодавче визначення гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування. Внески на обов'язкове медичне страхування для цих верств населення здійснюються за рахунок коштів відповідних бюджетів. Частина державних коштів має бути не нижчою за 50% від загального обсягу внесків. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

Отже, рівень охорони здоров'я населення напряму залежить від ефективності фінансування цієї галузі. Із цього приводу завжди виникали жваві дискусії в країнах із різним рівнем розвитку економіки. Але питання вибору найкращого виду фінансування охорони здоров'я є досі відкритим. Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки, однак суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи.

Вона забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з іншого – створює певну захищеність населення в посиленні турботи про здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи [2].

Світовий досвід упровадження систем соціального медичного страхування засвідчує застосування різноманітних фінансових інструментів його реалізації. Нині в Україні також активно опрацьовуються організаційно-економічні механізми реформування системи охорони здоров'я, у тому числі й такі, що базуються на впровадженні обов'язкового соціального медичного страхування.

Накопичений десятиліттями світовий досвід у цій сфері свідчить про високу ефективність різних моделей і систем обов'язкового медичного страхування. Докорінні зміни системи фінансування охорони здоров'я в Україні під час упровадження обов'язкового медичного страхування можуть стати основою для підвищення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, доступності медичної допомоги і якості медичних послуг. Переміщення частини населення із системи державного фінансування охорони здоров'я в систему обов'язкового медичного страхування може допомогти формуванню нових пріоритетів розвитку галузі за рахунок перерозподілу фондів.

Аналіз світового досвіду фінансування охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування дає змогу визначити альтернативні варіанти й ознаки його формування в Україні. Зокрема, обов'язкове медичне страхування може бути основним або додатковим видом фінансування системи охорони здоров'я. Альтернативними видами організації фондів обов'язкового медичного страхування можуть стати такі: єдиний фонд для всього населення країни; кілька єдиних фондів, кожен із яких обслуговує населення певного регіону; фонди, які обслуговують населення одного й того самого регіону, але не конкурують між собою, або ж кілька конкуруючих фондів, що можуть бути державними (квазідержавними) чи приватними установами.

Виходячи з міжнародного досвіду, можна обрати різні варіанти розміру та порядку визначення внеску до фондів обов'язкового медичного страхування. Це можуть бути однакові ставки для всього населення країни або ж сплата частки внеску роботодавцем і частки – робітником. Допустиме обмеження внесків (за категоріями платників, регіонами тощо) чи додаткові внески, не пов'язані з оплатою праці.

Однак при цьому варто визначити систему передумов, за яких виникає можливість перенесення організаційно-економічних заходів з арсеналу реформ одних країн до практики інших. Варто також розуміти, що системні зміни, зумовлені впровадженням обов'язкового медичного страхування, включають підсистему фінансування охорони здоров'я, надання медичних послуг і забезпечення гарантій якісної медичної допомоги. Окрім цього, сучасні реформи у сфері охорони здоров'я є реформами «третього рівня», що переважно спрямовані на досягнення соціальних результатів шляхом удосконалення функціонування суміжних секторів економіки та соціальної сфери країни загалом.

Досвід свідчить, що обов'язкове медичне страхування використовується, як правило, у тих країнах, де вагомим значення має державне фінансування й організація охорони здоров'я. Вибір форми залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я та країни загалом. Отже, кожна країна застосовує моделі фінансування охорони здоров'я відповідно до тенденцій і особливостей свого соціально-економічного розвитку. При цьому має бути стабільне й достатнє джерело фінансування охорони здоров'я.

В Україні за останні півтора десятиліття активізувався пошук інструментів і методів реалізації обов'язкового медичного страхування. Зокрема, було запропоновано до розгляду 13 законопроектів, які тією чи іншою мірою його стосувалися. Проте детальний аналіз розробок виявляє, що вони не забезпечують комплексного формування умов і методів функціонування системи обов'язкового медичного страхування, не дають змоги однозначно впровадити низку основоположних

його принципів. Зокрема, не прописано алгоритм визначення страховика; перелік послуг, які фінансуватимуться за рахунок коштів, отриманих із системи обов'язкового медичного страхування; функції та організаційно-економічні механізми основного страховика; перелік осіб, які будуть включені до такої програми; розмір і база внесків на обов'язкове медичне страхування. В окремих законопроектах обґрунтовується доцільність розширення впливу й частки приватного медичного страхування у фінансуванні системи охорони здоров'я загалом.

Окрім цього, наголошується на відсутності економічного взаємозв'язку між різними етапами медичної допомоги: первинного, вторинного і третинного рівнів; можливості виникнення високих витрат страховиків і надавачів медичних послуг на обробку даних про надані послуги, непрозорості цього механізму.

Інституційні й соціально-економічні передумови впровадження обов'язкового медичного страхування потребують обґрунтованого аналізу досвіду в цій сфері країн Центральної та Східної Європи. Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де велике значення має державна охорона здоров'я. Вибір форми медичного страхування залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я і країни загалом.

Принцип фінансування системи охорони здоров'я за рахунок обов'язкового медичного страхування (понад 50% – питома вага державних витрат у загальних видатках на охорону здоров'я, близько 50% – питома вага витрат соціального медичного страхування в загальних видатках на охорону здоров'я), за даними ВООЗ, домінує в таких країнах, як Німеччина (88,3%), Франція (93,4%), Австрія (58,6%), Бельгія (88,3%), Нідерланди (88,3%), Японія (78,7%), Люксембург (77,2%), Швейцарія (72,2%).

Основними причинами переходу до страхової медицини країн Центральної та Східної Європи стали недостатність фінансування охорони здоров'я, збільшення кількості осіб, які потребують медичної допомоги (до 60%), за умови домінування функціонування бюджетної системи охорони здоров'я в країні, зростання обсягу й вартості медичних послуг паралельно зі збільшенням кількості лікарів, дефіцит кваліфікованої медичної допомоги, підвищення рівня тінізації економіки в медичній галузі та надмірна централізація й монополізація фінансування та управління системою охорони здоров'я.

Такі самі тенденції нині можна спостерігати й у нашій державі. Проте особливості впровадження обов'язкового медичного страхування свідчать про нагальну необхідність збереження в Україні переважно державної медицини. Кризові тенденції соціально-економічного розвитку країни знижують організаційний потенціал упровадження страхової моделі фінансування охорони здоров'я. Тому, на нашу думку, обов'язковому соціальному медичному страхуванню і приватному медичному страхуванню може бути надана роль виключно допоміжних механізмів фінансування системи охорони здоров'я в Україні, а впровадження обов'язкового медичного страхування є передчасним і потребує попереднього ретельно опрацьованого етапу підготовки на основі реалізації узгодженої системи заходів.

Урахування досвіду розбудови системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах надає можливість окреслити оптимістичний і песимістичний сценарії потенційних наслідків зміни моделі фінансування галузі в Україні. За першим сценарієм, упровадження страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні забезпечить її фінансову стійкість, надасть змогу отримати додатковий потенціал для розвитку медичної інфраструктури, стане передумовою для збільшення рівня доходу персоналу галузі, а також підвищення якості надання медичних послуг і задоволення базових потреб населення.

Література

1. Губар О.Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О.Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7. – 130 с.

2. Машина Н.І. Міжнародне страхування : [навчальний посібник] / Н.І. Машина. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 504 с.

3. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність запровадження в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2007. – № 240. – 41 с.

4. Радіш Я.Ф. Правове регулювання медичної діяльності в зарубіжних країнах: досвід для України / Я.Ф. Радіш, Б.С. Дарчин // Лікарська справа. – 2007. – № 3. – С. 98–106.

4. Стецюк Т.І. Зарубіжний досвід організації страхової медицини та можливості його застосування в Україні / Т.І. Стецюк // Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період. – Хмельницький, 2004. – С. 195–200.

5. Шатковський Я.М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект) : дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» / Я.М. Шатковський. – К., 2009. – 206 с.

Анотація

Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. – Стаття.

Стаття присвячена дослідженню систем медичного страхування зарубіжних країн. Проведено порівняльний аналіз систем і моделей фінансування охорони здоров'я. Визначено роль медичного страхування в системі суспільного страхового захисту й узагальнено теоретичні підходи до економічної сутності медичного страхування в Україні. Наголошується на необхідності адаптації процесів функціонування систем медичного страхування в розвинених країнах світу до специфіки ринку страхування в Україні. Пропонуються перспективні схеми поєднання добровільного й обов'язкового медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, приватне медичне страхування, гарантовані медичні послуги, фінансування охорони здоров'я.

Аннотация

Горохов С. В., Старинчук С. Д. Сравнительный анализ систем медицинского страхования в зарубежных странах. – Статья.

Статья посвящена исследованию систем медицинского страхования зарубежных стран. Проведено сравнительный анализ систем и моделей финансирования здравоохранения. Определяется роль медицинского страхования в системе общественной страховой защищенности и обобщаются теоретические подходы к экономической сущности медицинского страхования в Украине. Подчеркивается необходимость адаптации процессов функционирования систем медицинского страхования в развитых странах согласно специфике рынка страхования в Украине. Предлагаются перспективные схемы объединения добровольного и обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, частное медицинское страхование, гарантированные медицинские услуги, финансирование охраны здравоохранения.

Summary

Horokhov S. V., Starinchuk S. D. Comparative analysis of foreign countries medical insurance systems. – Article.

This article is devoted to the investigation of foreign countries medical insurance system. Comparative analysis of health care financing models and systems has been done. The author stresses the role of medical insurance in the system of public insurance protection and summarizes some theoretical approaches as for economic aspect of medical insurance in Ukraine. The article highlights the necessity of adapting medical insurance functioning processes in Ukraine to developed countries standards. The author offers effective schemes of combining voluntary and mandatory medical insurance.

Key words: medical insurance, mandatory medical insurance, voluntary medical insurance, private medical insurance, guaranteed medical services, health care financing.