

Тема 5. Медичне страхування

5.1. Економічна необхідність медичного страхування

У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення можливості одержання необхідної, своєчасної та якісної медичної допомоги.

Організація охорони здоров'я, яка забезпечує право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини, яка повинна вирішувати питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Страхова медицина базується на певних **принципах**:

- забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення;
- гарантованості прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу;
- обов'язковості внесків як громадян, так і юридичних осіб.

Важливим елементом системи страхової медицини є **медичне страхування**, яке передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно забезпечує більшу доступність, якісність і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я може бути бюджетним, соціальним або приватним.

Бюджетна система охорони здоров'я найвиразніше була представлена в СРСР.

Соціальна система характерна для країн Західної Європи, а приватна — для США.

Бюджетна система фінансування передбачає використання коштів податкових надходжень до бюджету, що не сприяє стабільності фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Крім того, внески підприємців є переважаючим джерелом надходжень. Незважаючи на те, що внески сплачують одержувачі доходів, існують винятки, які стосуються пенсіонерів та осіб з низьким рівнем доходів.

Для соціальної системи характерне співіснування державних і приватних систем охорони здоров'я.

У різних країнах питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. *Наприклад, у Німеччині* передбачена можливість виходу певної категорії населення з державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за його якістю. *У Франції* державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні. *У Великій Британії* поряд із тим, що все населення застраховане державою, у випадках, коли державна система не влаштовує громадян, з метою поліпшення обслуговування вони мають змогу взяти участь у приватному страхуванні.

У США фінансування охорони здоров'я базується майже виключно на платній основі, але певна частина населення, чий доходи нижчі за межу бідності (пенсіонери, бідняки, інваліди), обслуговуються за державними програмами «**Медікер**» і «**Медікейд**».

Медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того, наскільки глибоко й всебічно пророблено концепцію розвитку страхової медицини в країні.

5.2. Форми медичного страхування та їхні організаційні основи

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета його проведення полягає в забезпеченні громадян

нам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Класифікація страхування являє собою систему його розподілу на сфери діяльності, галузі, підгалузі, види і ланки.

За формою організації воно виступає як державне, акціонерне і взаємне (кооперативне). Особливою організаційною формою є медичне страхування.

За формою проведення воно може бути обов'язковим (за законом) і добровільним. Виходячи з галузевої ознаки виділяють особисте, майнове страхування, страхування відповідальності і страхування економічних ризиків. Крім того, в останні роки як самостійну галузь класифікують протипожежне страхування.

Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування.

5.2.1. Обов'язкове медичне страхування

Законом України "Про страхування" передбачено введення обов'язкового медичного страхування. Але дотепер відсутні реальні передумови і джерела фінансування. Практика Росії і країн Балтії виявила величезну кількість проблем, з якими можна зіткнутися при перебудові системи медичного обслуговування громадян і фінансування лікувальних закладів. З огляду на величезне соціальне значення цього питання, до його обговорення залучаються фахівці різних профілів.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) — один із найбільш важливих елементів системи соціального захисту населення у частині охорони здоров'я й одержання необхідної медичної допомоги в разі захворювання. Держава в особі своїх законодавчих і виконавчих органів повинна визначати основні принципи організації ОМС, встановлювати тарифи внесків, коло страхувальників і створення спеціальних державних фондів для акумуляції внесків на обов'язкове медичне страхування. Загальність ОМС полягає у забезпеченні всіх громадян рівними гарантованими можливостями одержання медичної, лікарськ-

кої і профілактичної допомоги у розмірах, встановлених державними програмами ОМС.

Основна мета ОМС полягає у зборі й капіталізації страхових внесків і наданні за рахунок зібраних коштів медичної допомоги всім категоріям громадян на законодавчо встановлених умовах і в гарантованих розмірах. Тобто, з одного боку, це складова частина державної системи соціального захисту поряд із пенсійним, соціальним страхуванням і страхуванням з безробіття. З іншого боку, ОМС є фінансовим механізмом забезпечення додаткових до бюджетних асигнувань коштів на фінансування охорони здоров'я і оплати медичних послуг. Необхідно зауважити, що до сфери ОМС входить тільки медичне обслуговування населення. Відшкодування заробітку, втраченого під час хвороби, здійснюється уже в межах іншої державної системи — соціального страхування — і не є предметом ОМС.

Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має громадська охорона здоров'я, а добровільна — там, де поширені приватні страхові програми. **Принцип обов'язкового медичного страхування** діє у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах. В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише відносно осіб окремих професій.

Медичне страхування в Україні, яке повинне провадитися в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається законодавством. Обов'язкова форма страхування повинна координуватися 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 стабільному надходженню коштів до страхового фонду.

Принципи обов'язкового медичного страхування:

1) *загальності* — всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг;

2) *державності* — кошти обов'язкового соціального медичного страхування належать державі, яка забезпечує сталість

системи і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (*наприклад*, пенсіонерів);

3) *некомерційності* — обов'язкове медичне страхування має неприбутковий характер, тобто прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування.

Для обов'язкового медичного страхування характерно те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, частина якого може створюватися і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Питома вага кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються програми обов'язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Суб'єкти обов'язкового медичного страхування: страховики; страхувальники; застраховані; медичні установи.

Страховики — це незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні організації за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. Медичне страхування як основу спеціалізації страховика важко поєднати з іншими видами страхової діяльності, зважаючи на його специфічність. При проведенні медичного страхування страховикові необхідно мати справу з багатьма клієнтами, які страхуються, повсякденно вирішувати з ними питання з приводу настання страхових випадків і виплати значних за обсягом страхових сум.

Страхові медичні організації несуть відповідальність за необґрунтовану відмову укласти договір обов'язкового медичного страхування, несвоєчасне внесення платежів зі сплати послуг медичної установи, невиконання умов договору медичного страхування. Якщо страхова медична організація не відповідає обґрунтованим вимогам застрахованого, він має право розірвати з нею договір страхування й укласти його з іншою страховою медичною організацією.

Головне призначення страхової медичної організації в системі обов'язкового медичного страхування полягає в тому, щоб при оплаті рахунків медичних установ контролювати якість наданих медичних послуг і їх відповідність медичним стандартам.

Під **якістю медичної допомоги** слід розуміти виконання медичним персоналом професійних функцій, ефективне використання ресурсів, ступінь ризику для застрахованих (небезпека травми або захворювання внаслідок медичного втручання), задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Для контролю за якістю медичних послуг у страхових медичних організаціях, як правило, створюються спеціальні експертні комісії, які мають перевіряти в медичних установах правильність встановленого діагнозу, лікування тощо. Коли в результаті перевірки виявляться порушення з боку медичної установи, то до неї можуть бути застосовані певні санкції. Крім того, страхова медична організація може замінити медичну установу, в якій обслуговується застрахований. Отже, страхові медичні організації захищають права та інтереси громадян при одержанні ними медичної допомоги згідно з програмами обов'язкового медичного страхування.

Страхова медична організація може бути створена в будь-якій організаційно-правовій формі. Однією з цих форм є акціонерна, яка дозволяє страховику сконцентрувати в себе значні фінансові ресурси і забезпечує дієвий контроль за діяльністю страхових організацій та медичних установ. Водночас у Західній Європі саме акціонерна форма створення страхових медичних організацій виявилась найбільш непопулярною, оскільки під час здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я важко розраховувати на сталі прибутки. У Німеччині, навпаки, ця форма посідає значне місце. При цьому законодавство Німеччини зобов'язує страхові медичні організації значну частину прибутку передавати на користь клієнтів.

Страхові медичні організації здійснюють свою діяльність на основі договорів про співробітництво з медичними установами. У системі обов'язкового медичного страхування страховиком можуть бути і фонди обов'язкового медичного страхування, які є самостійними державними некомерційними фінансово-кредитними установами, створеними для реалізації державної політики в галузі медичного страхування. Такі фонди створюються на державному й територіальному рівнях.

Страховальниками в системі обов'язкового медичного страхування для працюючого населення є роботодавці (підприємства; установи; організації; селянські (фермерські) господарства; особи, які здійснюють індивідуальну трудову діяльність; особи, які займаються підприємництвом без створення юридичної особи; громадяни, які мають приватну практику у встановленому порядку; громадяни, які використовують працю найманих працівників в особистому господарстві; для непрацюючого населення (дітей, школярів, студентів денної форми навчання, пенсіонерів, інвалідів, безробітних, що зареєстровані в установленому порядку) — органи державного управління, виконавчої влади, місцевого самоврядування.

Застраховані — це громадяни, на користь яких укладаються договори страхування.

Медичні установи як суб'єкти обов'язкового медичного страхування є тими установами, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг відповідно до програм обов'язкового медичного страхування (лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні інститути, інші установи, що надають різні види медичної допомоги).

Ліцензія — це державний дозвіл медичній установі на здійснення нею певних видів діяльності і послуг за програмами обов'язкового медичного страхування. Ліцензію повинна мати будь-яка медична установа незалежно від форми власності. Крім того, вона має пройти акредитацію на відповідність установленим професійним стандартам.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної установи надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в кон-

кретні строки (у межах програми обов'язкового медичного страхування). У договорі встановлюються обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат. За надання медичних послуг медичні установи одержують плату.

Медична установа несе відповідальність за відмову в наданні медичної допомоги застрахованому, невідповідність медичних послуг за обсягом та якістю умовам договору зі страховою медичною організацією.

Розрахунки з медичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану застрахованим медичну допомогу чи послугу. Це забезпечує контроль за якістю медичної допомоги та використанням коштів, дає можливість створити економічні стимули для поліпшення обслуговування застрахованих громадян у медичних закладах.

Система обов'язкового медичного страхування зобов'язує страховальників укладати відповідні договори із страховиками, згідно з якими застраховані мають право на одержання медичних послуг, перелік і обсяг яких установлюється програмами обов'язкового медичного страхування, у медичних установах, включених до системи обов'язкового медичного страхування.

При укладенні договору страховик видає страховальникові страховий **договір**, а застрахованому — **страховий поліс**, який має силу договору. У договорі обов'язкового медичного страхування визначається, що страхова організація бере на себе зобов'язання з оплати медичних та інших послуг, що їх буде надано застрахованому відповідно до програми обов'язкового медичного страхування. У свою чергу, страховальник зобов'язується сплачувати внески страховій організації. У договорі обумовлюються розмір, строки і порядок внесення страхових внесків, строк дії договору, відповідальність сторін у разі невиконання умов договору, а також порядок вирішення спорів. Страховий поліс обов'язкового медичного страхування підтверджує право громадянина на одержання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволе-

ний страховий інтерес реалізується через організацію добровільного медичного страхування.

5.2.2. Добровільне медичне страхування

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. У його межах передбачається оплата медичних послуг понад програми обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних зі зверненням до медичної установи за послугою, яка надається відповідно до програми добровільного медичного страхування.

Програми добровільного медичного страхування розрізняються між собою залежно від:

- переліку медичних послуг (наприклад, у разі стаціонарного лікування або виклику лікаря додому);
- контингенту застрахованих (послуги дітям або дорослим);
- переліку медичних установ, що їх пропонує страхова організація;
- вартості наданих послуг.

Добровільне медичне страхування (ДМС) на відміну від обов'язкового медичного страхування є галуззю не соціального, а комерційного страхування. ДМС поряд із страхуванням життя і страхуванням від нещасних випадків належить до сфери особистого страхування.

Воно слугує доповненням до системи ОМС, що забезпечує громадянам можливість одержання медичних послуг понад встановлені в програмах обов'язкового медичного страхування або гарантовані у межах державної бюджетної медицини.

Незважаючи на те, що обидві системи — страхові, ОМС використовує *принцип страхової солідарності*, а ДМС — *принцип страхової еквівалентності*. За договором добровільного медичного страхування застрахований отримує ті види медичних послуг і в таких розмірах, за що й була сплачена страхова премія.

Участь у програмах ДМС не регламентується державою і реалізує потреби і можливості кожного окремого громадянина або професійного колективу.

Добровільне медичне страхування присутнє майже у всіх країнах, займаючи головне місце на національних страхових ринках. Це пояснюється тим, що державних або обов'язкових страхових фінансових ресурсів, що спрямовуються на розвиток медицини, на сьогодні недостатньо для надання населенню медичної допомоги на рівні найбільш сучасних медичних стандартів.

З економічної точки зору добровільне медичне страхування є механізмом компенсації громадянам витрат і втрат, пов'язаних із настанням хвороби або нещасного випадку.

Виходячи із загальної мети, можна визначити декілька завдань.

Соціальні завдання: охорона здоров'я населення; забезпечення відтворення населення; розвиток сфери медичного обслуговування.

Економічні завдання: фінансування охорони здоров'я, поліпшення його матеріальної бази, захист прибутків громадян та їх сімей; перерозподіл засобів, що спрямовуються на оплату медичних послуг, між різними групами населення.

Соціально-економічне значення ДМС полягає у доповненні гарантій, наданих у межах соціального забезпечення і соціального страхування, до стандартів максимально можливих у сучасних умовах. Це стосується, в першу чергу, проведення видів лікування і діагностики, які дорого коштують; застосування найбільш сучасних медичних технологій; забезпечення комфортних умов лікування; здійснення видів лікування, включених до сфери "медичної допомоги за життєвими показниками".

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування таких видів страхування, в яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату страхова організація здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової організації настає в разі звернення страхувальника (застрахованого) до медичної установи за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування.

Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг та умови надання медичної допомоги за програмами обов'язкового медичного страхування обмежені.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування вдається залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи якість медичних послуг.

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

Суб'єкти добровільного медичного страхування: страховики; страхувальники; застраховані; медичні установи.

Страховиками у сфері добровільного медичного страхування є незалежні страхові компанії (організації), які мають статус юридичної особи, ліцензію на право здійснення добровільного медичного страхування.

Страхувальниками є дієздатні фізичні або юридичні особи. Страхувальники — фізичні особи — мають право укласти договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб. Основними страхувальниками з добровільного медичного страхування є підприємства, які укладають договори колективного страхування на користь усіх своїх працівників або окремих професійних груп. Підприємства сплачують страхові внески з одержаного прибутку.

Застраховані — це громадяни, на користь яких укладаються договори страхування. Якщо фізична особа укладає договір страхування відносно себе самої, то страхувальник і застрахований є однією особою.

Медичні установи — це установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуги в системі добровільного медичного страхування (лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні установи, медичні інститути, інші установи, що надають медичну допомогу). Страхові організації укладають із медичними установами угоду про надання медичної допомоги і лікування застрахованих за умовами договорів добровільного медичного страхування. Договір передбачає

контроль за якістю надання застрахованим медичних послуг, відповідності останніх переліку, що гарантується програмою добровільного медичного страхування. Медична допомога в системі медичного страхування може бути надана і лікарями, які мають право на самостійну практику.

Добровільне медичне страхування провадиться в межах створених страховою компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. Для колективної форми характерним є те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

За строками укладення договору добровільне медичне страхування може бути коротко- або довгостроковим, а іноді й довічним. У медичному страхуванні страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії відповідного договору до медичної установи (з передбачених у договорі страхування) у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми або інших нещасних випадків з метою отримання консультативної, профілактичної або іншої допомоги, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договором страхування.

Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі заяви страхувальника. Факт укладення договору засвідчується страховим полісом. Як договір, так і поліс добровільного медичного страхування можуть мати типову форму, рекомендовану для використання страховикам. Обов'язок страхової медичної організації полягає в ознайомленні страхувальника (застрахованого) з правилами страхування.

Договір добровільного медичного страхування включає в себе такі реквізити: найменування страховика, страхувальника, застрахованих, кількість застрахованих осіб, об'єкт страхування, обсяг страхової відповідальності (включаючи перелік медичних послуг відповідно до програми добровільного медичного страхування), страхову суму, строк дії договору страхування, тарифні ставки. У договорі страхування вказується також розмір страхових внесків і порядок їх сплати, умови й строки набуття договором чинності, а також його припинення, порядок визначення і виплати страхової суми, можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування, права та обов'язки сторін, інші умови.

Договір добровільного медичного страхування включає перелік умов, за яких страхова організація має право не виконувати свої зобов'язання зі страхової виплати. Страховик має право не відшкодовувати медичній установі вартість послуг, наданих застрахованому, коли той звернувся до цієї установи у зв'язку з травматичними пошкодженнями, яких він зазнав у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи іншого розладу здоров'я внаслідок здійснення умисного злочину, у разі спроби самогубства або умисного заподіяння собі тілесних пошкоджень. Крім того, страховик має право відмовити в оплаті медичних послуг, якщо застрахованим одержані послуги, які не були передбачені договором страхування.

Добровільна форма медичного страхування передбачає надання страхувальникові (застрахованому) ширшого, порівняно з обов'язковою формою, права вибору лікарів-спеціалістів, а також установ для отримання необхідної допомоги; якісне лікування у стаціонарі, лікувальній установі; збільшений за строками післялікарняний патронаж та догляд на дому тощо.

Обсяг зобов'язань страховика за договором добровільного медичного страхування визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких у страховика виникає обов'язок провести страхову виплату. При укладенні договору страхувальником обирається програма добровільного медичного страхування.

Страховою сумою є граничний рівень страхового забезпечення, який визначається відповідно до переліку і вартості медичних послуг, передбачених договором страхування.

Страхові внески, які сплачує страхувальник, залежать від обраної програми добровільного медичного страхування, рівня страхового забезпечення, строку страхування, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором. Чим ширший перелік страхових подій, за які страховик несе відповідальність, тим вищий розмір страхового внеску.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування мають встановлюватися за згодою страховика та медичної установи, що надає відповідні послуги. Тарифна ставка розраховується страховиком на основі статистичних даних про звернення по медичну допомогу та тривалість лікування. Іноді тарифна ставка диференціюється залежно від статі, віку і стану здоров'я застрахованої особи.

Страхові внески за договором страхування можуть бути сплачені страхувальником одноразово за весь строк страхування або періодично, протягом строку страхування готівкою чи бути перерахованими на розрахунковий рахунок страховика безготівково. Договір страхування вступає в дію у строки, встановлені в ньому. Протягом часу дії договору страхувальник має право змінити умови страхування або достроково розірвати договір.

Послуги з добровільного медичного страхування можна поділити на види, які передбачають виплати, не пов'язані з вартістю лікування (страхування на випадок установаження діагнозу захворювання, страхування на випадок захворювання у зв'язку із травмою), і види, які забезпечують компенсацію витрат на лікування (страхування витрат на перебування в лікарні; страхування хірургічних витрат, страхування витрат на післяопераційний догляд). Для застрахованих найбільший інтерес становлять види страхування, які гарантують не лише оплату, а й можливість дістати якісну медичну допомогу.

Страхування витрат, які не пов'язані з лікуванням, є простішим, оскільки його здійснення не потребує узгодження з вартістю медичних витрат. Виплата за такими договорами може здійснюватися у вигляді страхової суми, обумовленої в договорі страхування. При здійсненні видів страхування, які передбачають відшкодування витрат на лікування застрахованого, постають значні труднощі, пов'язані з установаженням обсягу відповідальності, розрахунком тарифних ставок, визначенням розміру страхової суми. У разі втрати здоров'я застрахованим у зв'язку із захворюванням або нещасним випадком страхова організація оплачує рахунки лікувального закладу, виходячи з фактичної кількості днів лікування застрахованого за встановленими у договорі щоденними нормативами вартості лікування.

Медичні установи повинні нести економічну відповідальність за надання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. У разі порушення медичним закладом медико-економічних стандартів страховик може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг.

При наданні послуг із добровільного медичного страхування необхідно враховувати нетотожність результату і якості ме-

дичної допомоги, яка може бути обумовлена ступенем і характером захворювання, пізнім зверненням пацієнта до лікаря, недосконалістю медичної науки. Більшість цих складових якості послуги є нематеріальними і для них важко визначити показники та параметри. Виникає потреба у формалізації процесу визначення ставлення споживачів (страхувальників) до послуги.

У світовій практиці з цією метою використовують модель SERQUAL, розроблену А. Паразураманом, Л. Беррі та В. Зейтамлом. За її допомогою можна визначити оцінки споживачем якості послуги: надійність, матеріальність, чуйність, компетентність, довіру, безпеку, доступність, розуміння клієнта.

5.3. Оцінка сучасного стану медичного страхування в Україні та шляхи його поліпшення

5.3.1. Загальний підхід до побудови системи медичного страхування

Галузь страхування — медичне страхування — на території України регулюється рядом нормативно-правових актів.

Конституція України:

Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціальних, економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно: існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Кримінальний Кодекс України:

Стаття 184. Порушення права на безоплатну медичну допомогу.

Незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, незаконне скорочення мереж державних і комунальних закладів охорони здоров'я карається штрафом до 1000 неоподатковуваних

мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до 2 років.

Основи законодавства України про охорону здоров'я:

Стаття 4. “Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

...багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоначальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції.”

Децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Стаття 18. Фінансування охорони здоров'я.

Усі заклади охорони здоров'я мають право використовувати ... для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в галузі охорони здоров'я.

Держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян.

Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування:

Стаття 6. ... страховиками є цільові страхові фонди ... медичного страхування.

Розділ IV, стаття 21. ...страхові внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування залежать від його виду, встановлюються з кожного виду страхування, як правило, на календарний рік у відсотках.

Для роботодавців — до сум фактичних витрат на оплату праці та інших виплат найманим працівникам. Для фізичних осіб — до сум оподаткованого доходу (прибутку).

Розділ VI, стаття 25. Медичне страхування. Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством.

Стаття 26. Характеристика страхових випадків та умови надання соціальних послуг і матеріального забезпечення особам за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням.

До страхових випадків, з настанням яких надається матеріальне забезпечення та соціальні послуги, належать: ...*хвороба*.

Стаття 27. Підстави припинення виплат і надання соціальних послуг за загальнообов'язковим державним медичним страхуванням:

якщо страховий випадок стався внаслідок дії особи, за яку настає кримінальна відповідальність;

якщо страховий випадок стався внаслідок умисної дії особи; внаслідок невиконання застрахованою особою своїх обов'язків щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Рішення Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року:

визнати такими, що не відповідають Конституції України (є неконституційними), положення Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17 вересня 1996 року № 1138.

Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року:

положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” треба розуміти так, що в державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування”.

Цей Порядок визначає вимоги до отримання, використання та обліку благодійних (добровільних) внесків і пожертв безпосередньо бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, культури, науки, спорту та фізичного виховання.

Кошти благодійних внесків не можуть спрямовуватися на виплату заробітної плати працівникам установ і закладів освіти, охорони здоров'я, культури, науки, спорту та фізичного виховання.

Порівняльний аналіз законодавства показав, що в тому чи іншому законі існують взаємовиключні положення, які однаково стосуються як питань оплати за лікування, так і прав на медичну допомогу. Крім цього, лікувальна установа фактично не має права одержувати оплату за лікування ні від фізичних осіб, ні від юридичних, у тому числі страхових компаній.

Останнє Рішення Конституційного Суду відносно тлумачення 49 статті Конституції, на жаль, не тільки не розв'язало питання про медичну допомогу, а ще більш затягло цей гордіїв вузол, відіславши рішення цього питання до законодавчої влади, тобто до Верховної Ради України.

В Україні страхова галузь розвивається високими темпами порівняно зі світовими темпами розвитку. Кількість страхових компаній у 2004 році склала понад 350.

Розвиток медичного страхування в Україні пов'язаний зі створенням відповідної інфраструктури. Враховуючи це, 4 грудня 1998 року Кабінет Міністрів України прийняв постанову „Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги „Асистанс—Україна”. Створення її може сприяти збільшенню кількості страхових компаній, які пропонують послуги з медичного страхування. „Асистанс—Україна” повинна не тільки взяти на себе функцію щодо укладення договорів з медичними установами, а й координувати роботу з обслуговування страхувальників.

13 січня 1999 року Кабінетом Міністрів України була прийнята постанова “Про вдосконалення порядку надання медичної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово перебувають на території України”. Ця постанова спрямована на забезпечення страхового захисту іноземних громадян та осіб без громадянства, які потребують екстреної медичної допомоги. Такі громадяни можуть під час оформлення в'їзних віз або при перетині державного кордону укласти відповідний договір страхування з державною акціонерною страховою компанією України з надання екстреної медичної допомоги іноземним громадянам — “Укрінмедстрах”.

Комітет з питань медичного страхування при Лізі страхових організацій України разом з Українським медичним страховим бюро пропонує свій варіант законопроекту з обов'язкового медичного страхування. Відповідно до рішення Конституційного суду №10-РП/2002 від 29.05.2002 р. затверджені такі поняття, як „медична допомога” і „медична послуга”. Таким чином, іде створення механізму сплати за медичне обслуговування. У цій ситуації необхідно виконувати ст. 7 Закону України „Про страхування”.

У межах функціонування *бюджетно-страхової моделі* повинні працювати наступні структури:

- **Українське медичне страхове бюро**, яке повинно координувати діяльність страховиків, контролювати звітність, якість надання медичної допомоги, правила страхування та тарифи;
- **Гарантійний фонд медичного страхування**, який повинен формуватися за рахунок відрахувань від валових доходів страховиків за програмами обов'язкового медичного страхування, є позабюджетним, і кошти направляються на забезпечення гарантій у тому випадку, коли страхова компанія їх не виконує;
- **страхові компанії**, що мають ліцензії відповідно до чинного законодавства України, їх діяльність контролюється Держфінпослуг і координується Українським медичним страховим бюро;
- **медичні установи**, які контролюються Міністерством охорони здоров'я і взаємодіють з Українським медичним страховим бюро.

В умовах економічної нестабільності в країні, основною рисою якої є відсутність державних коштів, зростає потреба у плануванні ресурсів. Доцільним є також запровадження централізованої бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я з прямою формою організації фінансування із поступовим залученням на ринок медичних послуг страхових компаній.

Враховуючи нерозвиненість економічних і правових відносин в охороні здоров'я, розглядається модель акумуляції страхових коштів у єдиному фонді.

Фонд соціального медичного страхування — це самоврядна некомерційна організація, що є головним утримувачем коштів в охороні здоров'я і покупцем медичних послуг для населення.

Функціонування централізованого фонду медичного страхування з мережею регіональних, відносно автономних філій підвищує передбачуваність відшкодування витрат на медичну допомогу, мінімізує чисельність адміністративного апарату, що займається страхуванням і, відповідно, зменшує витрати на його утримання до 3–5%, тоді як в інших видах систем адміністративні видатки, за даними Міжнародної організації праці, поглинають 8–10% від загального обсягу видатків за страховими програмами.

Система охорони здоров'я повинна бути ефективною, якісною, сучасною, ресурсно забезпеченою. Щоб медична допомога стала такою, її потрібно докорінно реорганізувати. Але перш, ніж представити проект і завдання реорганізації, необхідно проаналізувати стан фінансів охорони здоров'я.

Україна, як і колишні соціалістичні країни Центральної і Східної Європи, а також колишні республіки СРСР, переживає період глобальних перетворень у всіх сферах життя, в тому числі і в охороні здоров'я. Майже повністю зруйнована попередня система, яка мала і позитивні сторони, хоча існувало і немало проблем. Сьогодні вони різко загострились у зв'язку з нестачею коштів.

Достатньо сказати, що навіть до зміни державних цін у квітні 1991 року потреба в фінансових ресурсах на розвиток охорони здоров'я перевищувала розмір фактичних бюджетних асигнувань не менше, ніж у три рази. Низькому рівню фінансування відповідали недостатній обсяг, якість і ефективність медичної допомоги.

Ця ситуація загострює проблему пошуку і впровадження нової і ефективної системи управління фінансовими та іншими видами матеріально-технічного забезпечення галузі.

Політика, яка проводилася державою після 1917 року, не визнавала створення медичними послугами нових вартостей.

Згідно з загальносоюзним класифікатором, який діяв до 1996 року, галузі народного господарства, з точки зору характеру суспільного розподілу праці й участі у створенні сукупного суспільного продукту і національного доходу, були поділені на сферу матеріального виробництва і невиробничу сферу. Протягом усього радянського періоду медицину зараховували до так званої невиробничої сфери, що підкреслювало її пасив-

ну роль у народногосподарському комплексі. Такий підхід привів до того, що галузь була штучно ізольована від участі у ринкових перетвореннях, а це й обумовило такі швидкі темпи посилення кризи. І хоча відповідно до нового класифікатора видів економічної діяльності від 1996 року уже немає поділу на виробничу і невиробничу сфери, проблеми в охороні здоров'я від цього самі не зникли.

5.3.2. Принципові підходи до створення механізму функціонування медичного страхування

Вся система організації охорони здоров'я колишнього СРСР базувалася на розподільчо-розпорядчому принципі управління. Вона була орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі.

Економічний механізм охорони здоров'я включав мобілізацію коштів населення і господарюючих суб'єктів до державного бюджету шляхом загального (нецільового) оподаткування. Подальший розподіл бюджетних асигнувань за галузями, включаючи і охорону здоров'я, проводився на рік вперед відповідно до ієрархічної структурно-функціональної системи.

В організації управління народним господарством у державному бюджеті ці кошти виділялись рядком (статтею) “Охорона здоров'я, фізична культура і спорт”, звідки послідовно адресувались органам союзного, республіканського, обласного, міського і районного підпорядкування безпосередньо виробникам медичних послуг (установам охорони здоров'я) кошти планувались за статтями кошторисів майбутніх видатків, за нормативами, які не були орієнтовані на якість і кінцевий результат роботи. Матеріально-технічне медикаментозне забезпечення засновувалось на державному замовленні і фондівих поставках за фіксованими цінами.

Така система базувалась на принципах наростання з року в рік недостатності фінансування охорони здоров'я, фінансування по „залишковому” принципу, невизнання створення галузю цінностей, відчуження виробничої сфери і населення від покриття витрат на медичну допомогу і стимулювання її якості позабюджетними шляхами, волонтаризм і диспропорції асигнувань у ключові і другорядні ланки мала виключно затрат-

ний характер. Їй були притаманні неефективність використання ресурсів, застосування тільки адміністративних методів управління.

Доцільність вдосконалення економічного механізму функціонування галузі обумовило проведення в 1960–1980 рр. низки локальних, нереволюційного характеру економічних експериментів щодо розширення прав керівників установ охорони здоров'я, раціоналізації використання ліжкового фонду та ін.

Новий економічний механізм в охороні здоров'я — це загальна назва комплексу принципів і форм роботи установ охорони здоров'я на основі домінування економічних методів управління, а також перехід від жорсткого ієрархічно-галузевого до переважання територіальних принципів керівництва галуззю.

Основні його передумови реформування: перехід від виділення установам охорони здоров'я коштів з бюджету за окремими статтями видатків до фінансування їх на основі довгострокових стабільних нормативів, виконання робіт за договорами з підприємствами, організаціями, установами на госпрозрахунковій основі, використання різних форм господарювання, включаючи внутрішньо-системні орендні відносини, кооперативну індивідуальну трудову діяльність, використання подушного фінансування первинної (амбулаторно-поліклінічної) ланки охорони здоров'я.

Основним джерелом формування ресурсів охорони здоров'я в новій системі фінансування запишались бюджетні ресурси, тому неприйнятними виявились для галузі моделі госпрозрахунку, які впроваджувались в той час у народне господарство країни. З початку перетворень у межах нового господарського механізму все зупинилось на фазі споживання охороною здоров'я внутрішніх ресурсів. У результаті новий господарський механізм не поліпшив ні матеріального, ні фінансового забезпечення галузі, а головне — не підвищив якості і ефективності її роботи. В Україні, як і в Росії, виявилась теоретична і практична неспроможність цього механізму.

Надалі на підставі поверхового вивчення досвіду країн Європи і Північної Америки розпочалося впровадження медичного страхування. В 1997 році в медичних закладах України було запроваджено платні медичні послуги. Згодом їх перелік розширився. Та в лікарнях ним не обмежились. Запровадження

платних послуг позитивного ефекту не дало. Навпаки, воно стало гальмом для розвитку приватної медицини, тому що виховувало негативне ставлення до всієї медицини загалом і до лікарів зокрема.

Країни, в тому числі й Україна, які намагалися вирішити проблеми дефіциту за рахунок надання платних послуг, зіткнулися з парадоксальними результатами. Запланованої економії бюджетних коштів, як правило, не досягалося, тому що керуване переміщення ресурсів у сферу платної медицини привело до зростання частоти пізніх звернень до лікаря, збільшувалась частка запущених захворювань, які вимагали дорогого стаціонарного лікування. Врешті-решт, збільшувалась потреба в нових ресурсах на розвиток охорони здоров'я, посилювався тиск на державний бюджет.

5.3.3. Концептуальний підхід до системи організації охорони здоров'я

Охорона здоров'я є регламентованою сферою в достатньо ліберальному економічному середовищі. Вона продовжує перебувати на повному бюджетному фінансуванні, а можливість залучення інших джерел ускладнена законодавством. Охорона здоров'я потерпає від хронічного ресурсного дефіциту. За останні вісім років фінансування галузі зменшилося в 7 разів у реальних цінах. Бюджетного фінансування недостатньо для того, щоб сфера медичної допомоги була спроможна нормально взаємодіяти зі сферами, які працюють за законами ринку.

Сучасний ринок пропонує безліч товарів, здатних значно підвищити ефективність лікування в медичних закладах, але не має можливості широко їх використовувати. Сфера медичної допомоги в Україні не має можливостей користуватися перевагами ринкової економіки, зате відчуває на собі всі проблеми ринкових відносин.

В Україні вже практично склалися стійкі основні ринки — продуктів харчування, послуг, енергоносіїв, електронної техніки та ін. Оскільки сфера медичної допомоги не включена до легального ринкового обороту, то всі основні фінансові потоки проходять повз неї. За деякими оцінками, майже 2/3 ринкового обороту припадає на “тіньовий” сектор, ці фінансові потоки не насичують бюджет податковими надходженнями,

що значною мірою впливає на можливості бюджету щодо охорони здоров'я. Участь сфери медичної допомоги в тіньовому ринковому обороті обмежує малозабезпечені верстви населення у одержанні медичної допомоги.

У таких умовах ринковий механізм руйнує систему медицини і не сприяє розвитку медичних технологій та підвищенню якості медичного обслуговування.

Уряд проводить послідовну політику щодо зміцнення вітчизняної охорони здоров'я. Для консолідації зусиль органів державної влади та органів місцевого самоврядування на розв'язанні нагальних проблем указами Президента України та постановами Кабінету Міністрів затверджено низку національних, державних, цільових програм та заходів. 2002 рік було оголошено Роком охорони здоров'я населення, 2003 — Роком боротьби зі СНІДом. Проте є й чимало проблем.

133 гривні було виділено в 2003 році на лікування одного громадянина України. У 2004 році цю суму до збільшено 141 гривні. Середня заробітна плата медиків — одна з найнижчих в Україні. Незважаючи на зростання обсягів фінансування, яке складає 6,5 млрд грн, цих коштів недостатньо, тому що лівова частка коштів — від 50 до 70 відсотків — йде на виплату заробітної плати. Ще 10–20 відсотків установи охорони здоров'я витрачають на тепло, і тільки 20 відсотків йде на лікувально-діагностичний процес і медикаменти, що складає, за одними розрахунками, 2 гривні, а за іншими — 10 грн на медикаменти на одного хворого.

Постає нагальна необхідність реформування системи охорони здоров'я України. Існуюча система викликає справедливі нарікання як з боку медичного персоналу, так і з боку населення, що обслуговується в державних лікувально-профілактичних закладах. Якість медичних послуг залишається низькою, в державних закладах відсутні можливості вільного вибору лікаря, витрати на медичне обслуговування неконтрольовано зростають, при цьому незабезпечені верстви населення фактично позбавлені права на якісну медичну допомогу. Загострюються протиріччя між обсягами державних гарантій щодо охорони здоров'я населення та можливостями їх бюджетного фінансування.

“Концепція соціального забезпечення населення України” передбачає розподіл економічної відповідальності за реаліза-

цію соціальних гарантій між державою, підприємствами і громадянами. При цьому держава за рахунок бюджетних коштів повинна була взяти на себе гарантії щодо мінімального рівня медичного обслуговування населення.

Для фінансування інших витрат на охорону здоров'я передбачалося створити систему медичного страхування, в межах якої за рахунок страхових внесків підприємств, громадян та інших джерел мав формуватися спеціальний фонд медичного страхування. У 2003 році видатки Зведеного бюджету України на охорону здоров'я в реальному вираженні склали 31% від рівня 1992 р. Частка вказаних видатків у ВВП перебуває на рівні 2,98%. Порівняно з відповідними міжнародними даними — це доволі низький показник.

За даними Світової організації охорони здоров'я, в середньому країні світу витрачають 8% свого ВВП на медичні заходи, у тому числі 4,8% ВВП — за рахунок державних коштів. У країнах із високим рівнем доходів (більше 9 361 дол. США на рік) державні видатки на охорону здоров'я в середньому складають 6% ВВП. У країнах Західної Європи ці значення коливаються від 5,1% ВВП у Данії, до 8,1% — у Німеччині.

В Україні частина видатків держави на охорону здоров'я фінансується з фонду державного страхування. Щорічно на оплату санаторно-курортного лікування спрямовується близько 30% загальних видатків Фонду. Частина суспільних видатків на охорону здоров'я представлена витратами підприємств на утримання соціально-культурної сфери, в тому числі заводських лікарень і поліклінік. Указані витрати не підлягають оподаткуванню податком на прибуток.

Відповідно до Указу Президента “Про основні напрями соціальної політики на 1997–2000 роки” від 30.01.1997 р. фінансування сфери охорони здоров'я повинно було переводитися на страхові засади. Ставилося завдання зі створення цільового фонду медичного страхування як складової частини системи обов'язкового державного соціального страхування. Джерелами мали стати внески роботодавців і застрахованих осіб.

У Законі України “Основи законодавства про обов'язкове державне соціальне страхування” від 14.01.1998 р. визначено основні принципи та загальні, правові, фінансові й організаційні норми державного соціального страхування. Цей За-

кон, зокрема, передбачає щорічне встановлення Верховною Радою внесків на медичне страхування. За їх рахунок мають надаватися такі види медичних послуг: діагностика та амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, надання ліків та медичних засобів, проведення профілактичних та роз'яснювальних заходів, медична реабілітація після важких операцій і хронічних захворювань (перелік послуг має визначатися базовою і територіальними програмами медичного страхування).

Незважаючи на інтенсивну законотворчу діяльність, практичних кроків щодо реформ у сфері охорони здоров'я здійснено не було. За роки переходу до ринкової економіки система державного забезпечення медичного обслуговування населення була доповнена створенням невеликих приватних медичних закладів та поодиноких компаній медичного страхування.

Конституцією України (ст. 49) передбачено право кожного громадянина на безплатну медичну допомогу в закладах охорони здоров'я комунальної (державної) власності. Цілком зрозуміло, що це положення Конституції діє в межах можливостей держави, тобто в межах бюджету. Разом з тим Конституцією також передбачено право кожного на медичне страхування (обов'язкове або добровільне), і створення умов для реалізації громадянами їх конституційного права є обов'язком держави.

Уряд має забезпечити подальше реформування системи охорони здоров'я шляхом формування керованого розвитку платних медичних послуг за рахунок особистих коштів, через добровільне медичне страхування або інші джерела додаткового фінансування та введення державного соціального медичного страхування (нового механізму бюджетного фінансування), водночас має бути затверджено гарантований рівень безплатного обслуговування соціально незахищених верств населення.

Згідно з роз'ясненням секретаріату Конституційного Суду України від 19.02.1999 р. № 12/236 встановлення плати закладами охорони здоров'я державної комунальної власності за медичні послуги за договорами медичного страхування є компетенцією Кабінету Міністрів України, і це питання непідвідомче Конституційному Суду України.

Запропонований механізм керованого розвитку платних медичних послуг через добровільне медичне страхування з точ-

ки зору конституційності і законності перебуває у правовому полі, тому поряд з іншими додатковими джерелами фінансування медичної допомоги (послуг) він може суттєво впливати на поліпшення стану охорони здоров'я в Україні, якщо в розвитку такого механізму буде зацікавлене не тільки населення, але й медичні працівники (механізм доплати до зарплати мед-працівникам повинен бути розроблений).

Вищезазначений блок проблем можна віднести до загальнодержавних, тому важливими умовами їх вирішення є економічна, фінансова та кредитна стабільність, а також реорганізація діючої системи оподаткування.

Аналіз світового досвіду проведення медичного страхування свідчить про ефективність тісної взаємодії в єдиній інтегрованій структурі страхувальника та медичної бази. Такий підхід дозволяє страховим компаніям різко знизити рівень витрат на оплату медичної допомоги, зробити дешевшими свої страхові продукти.

Склад суб'єктів системи медичного страхування у кожній країні практично однаковий, а законодавчі, історичні, соціальні, економічні закономірності та умови їх взаємодії суттєво відрізняються. В Україні сьогодні діє ряд економічних, правових та соціальних факторів, вплив яких стримує розвиток медичного страхування. Існує соціальна невизначеність статусу та перспектив медичного страхування, що створює у більшості населення ілюзію його неактуальності.

У Латвії, *наприклад*, медичне страхування почалося з моменту оприлюднення гарантованого мінімуму медико-санітарної допомоги населенню, фінансування якої взяла на себе держава.

Податкове законодавство практично зводить нанівець страховий інтерес роботодавця стосовно проведення медичного страхування працівників підприємств та членів їх сімей. Страхові платежі необхідні платити з прибутку. Прибуткові підприємства воліють у першу чергу спрямовувати кошти на розвиток виробництва та виплату дивідендів на корпоративний капітал. Держава повинна бути зацікавлена у створенні умов для розвитку медичного страхування з метою підтримки високого рівня здоров'я працюючих, що є активним елементом процесу суспільного відтворення.

Можливість проведення медичного страхування за рахунок коштів громадян дуже обмежена через низький рівень реаль-

них доходів населення, затримку виплати заробітної плати, збільшення кількості непрацюючого населення. Використання державою механізмів податкових трансфертів та пільг щодо мотивації участі населення у медичному страхуванні забезпечить зниження тенденції до скорочення населення країни, що спостерігається в останні роки.

Кількість страхових організацій, які мають досвід медичного страхування, обмежена. У зв'язку з цим всебічне його впровадження за участю страхових організацій потребує значного періоду часу. В інтересах держави надавати всебічну підтримку галузевим, регіональним ініціативам відносно впровадження різних моделей медичного страхування, що дозволяє відпрацювати його механізми та використати накопичений досвід для розвитку цього ринку в Україні.

Дія перелічених чинників має тимчасовий характер та може бути припинена у разі об'єднання зусиль державних органів, страхових організацій, медичної спільноти, суспільства в цілому.

Таким чином, реальний обсяг загальнодоступної медичної допомоги в Україні та її якість залежать на сьогодні від двох основних факторів:

- мережі медичних установ та їх оснащення;
- видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я.

Кожен працюючий громадянин в обов'язковому порядку повинен підлягати медичному страхуванню з правом вільного вибору страхового товариства. Договір медичного страхування повинен мати обмежений термін, щоб застрахований мав можливість змінити організацію медичного страхування при незадовільних результатах її діяльності. Страхові внески до системи медичного страхування не повинні обкладатися податками, що стосується як внесків роботодавця, так і внесків працівника.

Внески на медичне страхування пенсіонерів, інвалідів та інших категорій непрацюючих громадян, які отримують соціальну допомогу, мають сплачуватися за рахунок бюджету. Медичне страхування безробітних має здійснюватися за рахунок Фонду зайнятості. Після закінчення терміну надання допомоги з безробіття страхові внески на медичне страхування безробітним повинні сплачуватися державою.

Питання соціального захисту людей з обмеженими фізичними можливостями, попри всі намагання його розв'язати, не

втрачає своєї актуальності. При постійному поширенні ринкових відносин у кожній сфері життєдіяльності суспільства таким його членам вкрай потрібні державні гарантії економічної та правової підтримки, до яких належить:

- санаторно-лікувальне забезпечення;
- соціально-трудова та психологічна реабілітація;
- працевлаштування.

Викристалізується ця проблема ще й тому, що в останні роки в Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення числа інвалідів. Наприклад, Харківська область, де проживає понад 137 тисяч інвалідів, з яких майже 9 тис. дітей.

Для поліпшення ситуації в цьому регіоні реалізуються цільові програми з охорони здоров'я, навколишнього середовища, безпеки умов праці та життєдіяльності. З метою профілактики проводиться постійний нагляд за громадянами, які мають найбільш небезпечні захворювання, що можуть призвести до інвалідності. На диспансерному обліку перебуває понад 74 тисячі осіб, які проходять оздоровчі курси у відділеннях відновлювального лікування.

Стабілізація стану державного фінансування витрат на матеріальну допомогу людям з обмеженими фізичними можливостями дозволила на якісно новому рівні провести на Харківщині 2003 рік, який було оголошено роком людей з інвалідністю. Якщо раніше кошти з місцевого бюджету направляли на покриття заборгованості з цих виплат, то починаючи з 2001 року вдалося більше виділяти на закупівлю обладнання, медикаментів, слухових апаратів, адресну грошову та натуральну допомогу, капітальний ремонт приміщень установ соціального захисту інвалідів, налагодження системи виїзних медико-технічних бригад. 2003 року на утримання будинків-інтернатів з обласного бюджету було виділено 22 млн грн, що становило 100 відсотків від запланованих видатків. Повністю задоволено інвалідів необхідними візками, на третину збільшилася кількість тих, що пройшли санаторно-курортне лікування. Для надання адресної грошової допомоги на рахунки територіальних центрів, шкіл-інтернатів, районних лікарень надійшло понад 5,2 млн грн.

Однак політика Харківського регіону спрямована не тільки на надання різних видів допомоги, а й на виховання серед

інвалідів активної життєвої позиції завдяки їх участі у громадських рухах та організаціях. Бо не тільки матеріальне забезпечення необхідне для наших співгромадян, яким фізичні вади не дозволяють вести повноцінне насичене життя.

Сьогодні багатьом із них досягти висот у спорті, мистецтві і науці не менш важливо, ніж отримувати фінансовий прибуток. Досить часто харків'яни-інваліди презентують свої художні твори на престижних виставках в Україні та за її межами, здобуваючи визнання світових майстрів.

Але, незважаючи на активність людей з фізичними вадами та турботу про них державної влади на місцях, ще багато проблем належить розв'язати. Скажімо, неодноразово наголошувалося на тому, що облаштування адміністративних, соціальних закладів спеціальними засобами для переміщення інвалідів досить ефективно сприяло б їхній соціально-психологічній реабілітації. Але сьогодні є не так багато прикладів, коли об'єкти побутового чи торгівельного призначення мають пандуси, а на територіях компактного проживання інвалідів по зору діяли б звукові світлофори. У минулому році на Харківщині було затверджено тільки 150 архітектурно-планувальних проектів з урахуванням безперешкодного пересування людей з фізичними вадами, а прийнято в експлуатацію лише 65 об'єктів.

Гострою залишається й проблема зі створення умов з безплатного та пільгового забезпечення інвалідів спеціальними транспортними засобами. 2003 року було виділено 188 автомобілів, а в черзі стоїть майже 11 тис. громадян, які мають право на їх отримання. До того ж розмір компенсацій витрат на бензин, ремонт та технічне обслуговування становить 90 гривень, а на транспортне обслуговування — 120 гривень. Ці суми встановлювалися ще в 1991 році з урахуванням існуючих тоді цін і не відповідають сьогоднішнім умовам.

Після створення повноцінної системи медичного страхування держава буде в змозі дещо знизити свої видатки на охорону здоров'я. Витрати громадян на медичне обслуговування фінансуватимуться за рахунок страхових фондів. Проте держава і надалі утримуватиме заклади і фінансуватиме заходи із значними зовнішніми ефектами, а також виділятиме кошти на поліпшення інфраструктури охорони здоров'я.

5.4. Зарубіжний досвід медичного страхування

5.4.1. Організація обов'язкового медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування за кордоном засноване на формуванні недержавних страхових фондів за рахунок обов'язкових платежів з осіб найманої праці і роботодавців при частковому субсидуванні з боку держави. За рахунок цих коштів і оплачуються медичні послуги.

Фінансування системи охорони здоров'я будується на поєднанні різних елементів із перевагою тієї чи іншої форми. Велика частка медичних послуг фінансується через обов'язкові законодавчі форми медичного страхування або безпосередньо державою через бюджет. Частково медичні послуги купуються населенням на добровільній основі. Це відбувається або на основі прямої сплати послуг охорони здоров'я, або через добровільне медичне страхування.

Співвідношення грошових потоків, що рухаються цими чотирма каналами, істотно розрізняється у різних країнах. *Наприклад*, у Німеччині (охорона здоров'я населення якої ґрунтується на обов'язковому страхуванні) це співвідношення складається у такий спосіб: через ціни медицина одержує близько 5%, премії з добровільного страхування — 10%, страхові внески з обов'язкового страхування — 75%, податки — 10% усіх фінансових ресурсів.

В обов'язковому медичному страхуванні використовуються **два методи**. У Німеччині та Нідерландах діє **принцип надання послуг**. Це означає, що пацієнт обслуговується безкоштовно, як і в країнах із державною системою охорони здоров'я. Він лише повинен пред'явити посвідчення про страхування. У Бельгії, Франції і Люксембурзі практикується інший принцип — **відшкодування витрат**. Там застрахований пацієнт повинен спочатку сам оплатити медичні послуги. А потім вони будуть компенсовані цілком або частково згідно з тарифами, установленими лікарняними касами з урахуванням визначеної власної участі.

Обов'язкове медичне страхування встановлюється законом відповідної країни не для всіх, а лише для певних категорій

населення. *Наприклад*, у Німеччині, де ця система найбільш розвинена, обов'язковому страхуванню підлягають усі особи найманої праці, селяни, студенти та безробітні. Пенсіонери і члени сім'ї страхуються при визначених розмірах місячного прибутку. Крім того, існує певний рівень середньомісячного прибутку, при перевищенні якого обов'язкові платежі не стягуються.

У Німеччині цей граничний розмір річного трудового прибутку встановлюється законом. Він єдиний і для медичного, і для пенсійного страхування. Особи найманої праці, що мають прибуток, вищий за 75% від граничного розміру річного трудового прибутку, вільні від виплат з обов'язкового страхування із суми перевищення. Це важливо, тому що обов'язкові платежі у фонди медичного страхування складають 6,7% від валового заробітку. У Франції такого граничного розміру прибутку не встановлено. Особи, не охоплені обов'язковим медичним страхуванням, мають можливість скористатися послугами добровільного медичного страхування. Для багатьох це єдина можливість одержати доступ до медичних послуг, тому що без страхування вони коштують навіть для заможних людей непомірно дорого.

У системі державного медичного забезпечення Німеччини обов'язкове медичне страхування більш сприятливе для пацієнта, ніж існуюча система медичного страхування, оскільки вона більш демократична і доступна для широких верств населення.

Система фінансування витрат на медичне обслуговування в кожній країні має свої особливості. Відповідно до принципу збору коштів виділяються системи:

- єдиного соціального податку для всіх галузей соціального забезпечення;
- відокремленого формування фонду медичного страхування;
- безпосереднього фінансування охорони здоров'я з податкових надходжень бюджету без введення спеціального податку.

Система єдиного соціального податку використовується в деяких країнах із державним соціальним забезпеченням — у Великій Британії, Португалії, Ірландії та Іспанії. Вона більш

проста й економічна у використанні. Фінансування окремих галузей, у тому числі й охорони здоров'я, здійснюється відповідно до розроблених кошторисів. В інших країнах із державним соціальним забезпеченням введено окремий податок на потреби охорони здоров'я (Греція, Італія). В Данії охорона здоров'я фінансується з податкових надходжень державного бюджету.

В країнах, де медичне обслуговування засноване на принципах соціального страхування, фінансування ґрунтується на обов'язкових платежах осіб найманої праці та їх роботодавців у страхові фонди.

Порядок перерахування надходжень до фондів медичного страхування різний. У Німеччині, *наприклад*, внески з медичного страхування перераховуються разом із внесками з пенсійного страхування і страхування з безробіття в лікарняні каси. Разом ці три платежі утворюють загальний внесок із соціального страхування, що концентрується в одному місці, оскільки перерахування за всіма зазначеними видами соціального страхування надходять від працівника і роботодавця за місцем основної зайнятості.

У Німеччині медичне страхування здійснюється через особливі громадські організації — **лікарняні каси**. З них надходить оплата медичних послуг, наданих застрахованим, вони ж оплачують лікарняні листки і, крім того, повинні займатися просвітницькою і профілактичною роботою серед населення. Існує система лікарняних кас різного типу. Норма платежів зі страхування щорічно для всіх лікарняних кас встановлюється в однаковому розмірі.

Більшість осіб, що отримують зарплату, застраховані в місцевих (районних) касах. На великих підприємствах, із чисельністю зайнятих не менше 450 чоловік, можуть створюватися свої власні каси. Особи, зайняті у сільському господарстві, мають лікарняні каси при своїх професійних об'єднаннях. Окремо вони організовані для службовців, торгових працівників, техніків. Приналежність до того чи іншого типу кас визначається законом і статутами кас, можливості вибору обмежені. Доцільність створення такої складної системи кас пояснюється тим, що вони є громадськими організаціями, які працюють за принципом самоврядування і представляють інтереси цілком визначеної групи населення.

Особа, що підлягає обов'язковому медичному страхуванню, вважається застрахованою з першого дня своєї трудової діяльності. Роботодавець сповіщає про це у відповідну лікарняну касу. Працівник одержує страховий номер, посвідчення про соціальне страхування, тобто *соціальний паспорт*. Крім того, на нього заводиться зошит для реєстрації внесків на соціальне страхування.

Якщо працівник змінює місце роботи, то він передає новому роботодавцю страхове посвідчення і страховий зошит. Страховий зошит повинен заповнювати роботодавець, відображуючи в ньому сплачені внески за місяцями.

Частка платежів кожного працівника сплачується із заробітку відповідного місяця. Роботодавець додає свою частку платежу і платить усю суму разом із платежами з пенсійного страхування і страхування з безробіття в лікарняну касу.

В умовах значного зростання нелегальної оплати за медичні послуги в Україні для переважної більшості громадян настання хвороби або загострення наявних хвороб стає трагедією подальшого життя через відсутність коштів на лікування.

Вихід є, якщо об'єднати через систему медичного страхування незначні грошові кошти населення.

Поеднуючи бюджетне фінансування і додаткове фінансування медичної допомоги на страховій основі (за прикладом США), громадяни завжди можуть отримати безплатну медичну допомогу за рахунок незначної частки бюджетного фінансування, а решта — за рахунок добровільного медичного страхування.

Як показує **зарубіжний досвід**, страхові організації можуть пропонувати страхувальникам *універсальні* та *спеціалізовані* страхові поліси медичного страхування.

Універсальний поліс медичного страхування передбачає ті випадки, медична допомога по яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Як страхові можуть розглядатися випадки, котрі потребують виклику дільничного лікаря додому, якщо має місце нездужання, підвищення температури, гостре респіраторне захворювання та ін. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатися за згодою між страховиком і страхувальником із можливою участю клінічної обслуговуючої бази. Органі-

зація страхового захисту за універсальним полісом може полягати у зверненні до послуг сімейного лікаря. Таких лікарів готують спеціальні медичні установи. Така програма впроваджена в Харківській області.

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом СНІД та ін.). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або ті, що мають схильність до певних захворювань. Якщо універсальні страхові поліси зорієнтовані на приватних осіб, то спеціалізовані медичні поліси часто надаються за колективними договорами страхування — підприємства та організації страхують своїх працівників від найбільш можливих професійних ризиків. Для обслуговування клієнтів за спеціалізованими полісами страхова компанія укладає договір або з окремими профільними лікарями, або зі спеціалізованими клініками.

Наприклад, на страховому ринку Російської Федерації був запроваджений поліс глобального медичного страхування. Особливість цього полісу полягає в тому, що його власник дістає змогу лікуватися не лише в одному медичному центрі, а будь де (навіть за кордоном). Поліс глобального медичного страхування забезпечує можливість відвідувати також лікарів, що практикують приватно. Застрахований може самостійно вибрати клініку або лікаря, поставивши це до відома страхової організації. У такому разі розрахунки за надані послуги можуть виконуватися безпосередньо між медичною установою і страховою організацією, проте розрахуватися з медичною установою може й сам застрахований, котрому страховик згідно з договором страхування зобов'язується відшкодувати вартість лікування. Поліс глобального медичного страхування не передбачає лікування, яке не було приписане лікарем, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; лікування з метою зміни маси тіла тощо.

5.4.2. Особливості складання договору «асистанс»

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїжджають за кордон, укласти договори страхування (асистанс) на випадок раптового захворювання, тілес-

них пошкоджень внаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. Головна мета «асистансу» — негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові медичної допомоги. Договір страхування може передбачати відповідальність страховика при потребі медичного транспортування хворого до найближчої або спеціалізованої лікарні; транспортування в країну проживання з медичним супроводом; дострокове повернення; екстрену стоматологічну допомогу, юридичну допомогу. Проте поліс добровільного медичного страхування громадян, які виїжджають за кордон, не передбачає відшкодування вартості медичних послуг з цілеспрямованого лікування, з лікування від хвороб, які були страхувальникові (застрахованому) відомі на момент укладання договору страхування, з медичного обслуговування або лікування, що не є невідкладним.

Правила страхування громадян, які їдуть за кордон, не передбачають відшкодування витрат у разі лікування хронічних захворювань, стоматологічного протезування тощо.

При укладенні договору страхування страхові організації встановлюють максимальний розмір страхової суми, яка може бути виплачена застрахованому у разі настання страхового випадку, і встановлюють розмір *франшизи*.

Досвід зарубіжних країн показує, що добровільне медичне страхування має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

Ситуація, що склалася в Україні у сфері охорони здоров'я громадян, потребує невідкладних заходів, спрямованих на підвищення рівня медичного обслуговування. Важливе значення у зв'язку з цим має впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яка забезпечила б право кожного громадянина на одержання гарантованої якісної медичної допомоги, а також подальший розвиток добровільного медичного страхування.

Закон України «Про страхування», введений в дію у 2001 році, передбачає здійснення медичного страхування в обов'язковій і добровільній формах.

Страховики можуть отримати ліцензію на два види медичного страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я, що проводяться в добровільній формі.

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається в договорі страхування. *Наприклад*, це можуть бути різні інфекційні хвороби, хвороби серцево-судинної системи тощо. Договір страхування може укладатися стосовно однієї хвороби або цілої низки хвороб, що турбують страхувальника. У разі настання страхового випадку страхова сума або її частина виплачується застрахованій особі. Якщо правила страхування передбачають оплату страховиком надаваних застрахованому медичних послуг, то така оплата здійснюється за порядженням першого.

Безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого (включаючи й аптечне), стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу. Воно проводиться на випадок захворювання, яке триває не менше, ніж два тижні. При цьому договори страхування укладаються на строк не менше трьох років.

У разі настання страхового випадку передбачаються послідовні виплати застрахованому в межах терміну та місця дії договору страхування протягом періоду захворювання.

Реформування системи соціального страхування України передбачає, поряд з удосконаленням системи соціальних виплат, розвиток добровільного страхування, що дасть можливість мобілізувати грошові заощадження громадян, використати їх у національній економіці і забезпечити належний рівень соціального захисту населення. З цією метою необхідно утворити мережу „Асистанс-Україна”, яка буде залучена до створення системи медичного страхування.

5.5. Медичне страхування в країнах світу

5.5.1. Організація національних систем охорони здоров'я

Європейський вибір України зумовлює необхідність ретельного дослідження розвитку систем обов'язкового медичного стра-

хування в країнах Європейського Союзу. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у цій галузі свідчить про високу ефективність існуючих моделей і систем медичного страхування. За домінуючим джерелом фінансування в країнах Європи можна виділити три **моделі національних систем охорони здоров'я**:

1) бісмарківську модель (О. Бісмарк) — соціальне страхування;

2) бевериджську модель (У. Беверидж) — податки;

3) модель Семашка (Н. Семашко) — державний бюджет.

Застосування моделі Бісмарка можна розглянути на прикладі Німеччини, для якої характерна децентралізована форма організації страхування здоров'я. В її основі лежить принцип, що був сформульований ще у 1881 року під час створення цієї системи: уряд не бере на себе відповідальності за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а створює умови для функціонування необхідних фондів медичного страхування, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї страхової системи.

Основні характеристики **німецької моделі медичного страхування**:

- *соціальна справедливість* — обсяг і якість допомоги не залежать від розміру сплачених внесків;

- *чітке розмежування обов'язкового і приватного страхування*. Приватне страхування дає переваги тільки сервісного характеру, воно проводиться окремими юридичними особами, що не займаються обов'язковим страхуванням;

- *захист інтересів пацієнтів*, застрахованих на умовах обов'язкового страхування;

- *участь пацієнтів у витратах* на охорону здоров'я: сплата 20% внеску зі свого заробітку; доплата за лікування у стаціонарі, доплата за ліки; страхування тими, хто працює, не лише себе, а й непрацюючих членів родини;

- *участь приватного лікарсько-амбулаторного сектора в громадській охороні здоров'я* через договори з лікарняними касами;

- діяльність переважної більшості державних і громадських лікарень у лікарняному секторі;

- *передача державою своїх функцій* самоврядним незалежним організаціям — лікарняним касама і асоціаціям лікарів з обов'язковим членством.

На відміну від німецької, **французька модель медичного страхування** має централізовану форму управління.

Німецька і 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. Так, населення сплачує 25% гонорару лікаря за візит, 30% — гонорару стоматолога; 20% — вартості лікарняного обслуговування; 10% — вартості незамінних препаратів; 30% — витрат на медикаменти, лабораторні аналізи.

У Російській Федерації обов'язкове медичне страхування носить загальний характер. Тобто всім громадянам гарантується необхідний обсяг, якість і умови надання лікувально-профілактичної допомоги. Добровільне медичне страхування доповнює обов'язкове і забезпечує додаткові (понад установлені) клініко-діагностичні обстеження і лікувальні заходи.

5.5.2. Особливості медичного страхування у Німеччині

Німеччина має найтривалішу історію медичного страхування. Для цієї країни характерна подвійна система страхування здоров'я за участю як приватних, так і державних організацій. Існують два його види: обов'язкове (державне) й добровільне (приватне).

Медичне страхування є провідною ланкою системи охорони здоров'я у Німеччині. 74% населення країни беруть участь в обов'язковому страхуванні, 14% обирають державне медичне страхування на добровільних засадах, 9% обслуговується приватними медичними страховиками, 2% — не беруть участі у медичному страхуванні (військовослужбовці, поліція, котрим охорона здоров'я гарантується урядом), і лише 1% населення не має медичної страховки.

Головними учасниками системи медичного страхування, які безпосередньо надають страхові послуги, є некомерційні страхові організації — **лікарняні каси**. Вони — центральна складова системи охорони здоров'я — посідають чільне місце в державному медичному страхуванні Німеччини, їх права та обов'язки регламентовано законодавчо *Соціальним кодексом* (Social Code Book).

На початку ХХІ століття в Німеччині налічувалося 453 страхові каси і 52 приватні компанії зі страхування здоров'я (7,1 млн застрахованих). Лікарняні каси диференційовані на 7 різних груп: 17 головних; 13 додаткових, відомих як ерзац-каси; 359 заводських і фабричних; 42 ремісничо-цехові; 20 сільськогосподарських; 1 шахтарська (гірничопромислова); 1 морська каса.

Членство у лікарняних касах для найманих працівників є обов'язковим, якщо їхній сукупний дохід не перевищує законодавчо встановленої суми — близько 40 тис. євро/рік для західної частини країни (у 2000 році — 77,4 тис. нім. марок) та близько 32 тис. євро/рік для тієї частини Німеччини, що була НДР (63,9 нім. марок). За інших обставин членство у системі обов'язкового медичного страхування є добровільним. Розмір внеску встановлюється у відсотках залежно від доходу застрахованого. При цьому вік, стать і страховий ризик не враховуються (принцип солідарності). Тобто внески у страхові фонди залежать лише від доходу громадянина. Розмір внеску розподілений між роботодавцями і найманими працівниками рівномірно — кожний сплачує 50%. Якщо дохід працівника менший, ніж встановлена межа, то сплачує внесок лише роботодавець (10% у всі фонди соціального страхування).

Розмір внесків лікарняні каси встановлюють самостійно з таким розрахунком, щоб вони разом з іншими надходженнями покривали передбачені витрати на страхування. Оскільки число застрахованих у різних касах неоднакове, то відрізняються і суми страхових внесків. При середньому в країні страховому тарифі 12% його реальні розміри коливаються у межах від 8 до 16%.

Згідно із *Соціальним кодексом*, лікарняні каси мають установлений перелік гарантованих **послуг**:

- превентивні заходи;
- заходи щодо ранньої діагностики хвороби;
- надання лікувальних послуг (амбулаторна медична допомога, стоматологічне лікування, лікарняне обслуговування при вагітності й пологах, догляд за хворими вдома, проведення реабілітаційних заходів, забезпечення лікарськими, допоміжними засобами, лікування у лікарнях і профілактичних або реабілітаційних установах);
- транспортування хворого.

Із фінансової точки зору система охорони здоров'я Німеччини є дорогою порівняно з іншими європейськими країна-

ми. Витрати на охорону здоров'я перевищують 10% ВВП і постійно збільшуються.

У Німеччині не існує єдиного бюджету охорони здоров'я, натомість нараховується 17 бюджетів, що ґрунтуються на податках (1 федеральний бюджет і 16 бюджетів земель) й 453 бюджету лікарняних кас (страхових фондів). Основу фінансового забезпечення охорони здоров'я Німеччини становлять кошти медичного страхування. Їхній обсяг залишається постійним і дорівнює 66–68% загальних витрат на охорону здоров'я за останні 25 років.

Окрім державного медичного страхування, існує три інших джерела надходжень: податки — близько 10%, безпосередня плата страховальників — майже 11%; приватне медичне страхування — близько 7%.

Особливою рисою німецької моделі обов'язкового медичного страхування є безпосередня участь застрахованого в оплаті медичних послуг — 80% вартості лікування сплачує лікарняна каса, 20% — сам пацієнт. Це плата і за лікування, і за ліки. Вартість ліків єдина по всій Німеччині. За рік житель країни споживає ліків у середньому на 300 євро.

Отже, в Німеччині діє **механізм багатоканального фінансування охорони здоров'я**, найвагомішим джерелом якого є фонди обов'язкового медичного страхування. Наявність інших джерел фінансування має позитивне значення — зменшує фінансове навантаження на всіх учасників системи (на федеральний і місцевий бюджети, роботодавців, застрахованих), чим зумовлюється ефективність і достатність надходження коштів у цю галузь, сталість системи фінансування охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я Німеччини має низку проблем і недоліків:

- велика кількість лікарняних ліжок (майже 920 на 100 тис. населення при середній нормі 600 у країнах ЄС);
- довготривале перебування хворого у лікарні (16,6 дня);
- стрімке зростання вартості лікування;
- відсутність соціально гарантованого мінімуму, жорсткого планування ресурсів.

Крім того, у Німеччині фінансування охорони здоров'я ускладнилося у зв'язку із приєднанням східних земель.

З метою розв'язання проблем, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, урядом Німеччини було прийнято й введено в дію нормативні акти, що подано у табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Етапи реформування системи охорони здоров'я Німеччини

Рік	Етап	Нормативний акт
1988	перший етап	Акт реформування системи охорони здоров'я 1989
1992	другий етап	Акт реформування структури системи охорони здоров'я 1993
1996	—	Акт обґрунтування розміру внесків у фонди медичного страхування
1997	третій етап	Перший та другий акти реструктуризації державного медичного страхування
1999 по т. ч.	—	Акт щодо посилення солідарності у державному медичному страхуванні (акт реформування державного медичного страхування)

Як видно з табл. 5.1, за останні п'ятнадцять років система медичного страхування Німеччини мала багато змін, спрямованих на підвищення якості охорони здоров'я населення.

Отже, система охорони здоров'я Німеччини перебуває в стані реформування й трансформації. Основна увага спрямована на *якість* надання медичної допомоги і на матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів. При цьому вартість лікування є другорядним фактором.

5.5.3. Медичне страхування Франції

У Франції діє система загального страхування на випадок хвороби, якою охоплено 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; останні 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 129 місцевих відділень (регіональних кас), кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує з іншими. Страхування в касах здійснюється за територіальним принципом. Клієнти практично позбавлені права вибору страхової організації. Державою забезпечується невисока вартість ліків. Так, державні витрати на медикаменти значно вищі, ніж у Німеччині, і становлять більше 22–24% від загальних витрат на охорону здоров'я.

Фінансування системи охорони здоров'я у Франції здійснюється в основному за рахунок трьох джерел фінансування: загального бюджету, обов'язкового медичного страхування (основне джерело фінансування), особистих коштів громадян.

Розподіл фінансових ресурсів у системі обов'язкового медичного страхування покладено на недержавні структури — *страхові лікарняні каси*. Державні органи на основі законів установлюють розміри допомог і способи фінансування лікарняних кас.

Державне медичне страхування здебільшого фінансується системою внесків, які визначаються на основі середнього заробітку, залежно від специфічності очікуваного ризику.

Франція має розвинуту **мережу приватних страхових компаній**. У разі отримання страхового поліса остання, як і будь-яка страхова каса, сплачує госпітальні витрати й рахунки пацієнта за прийом лікарями. Шкала додаткових послуг варіюється і є предметом конкуренції приватних страхових компаній.

Перевагою цієї форми організації медичного страхування є відносна простота управління, незначні адміністративні витрати, а недоліком — обмежені можливості при залученні місцевих ресурсів, недостатньо оперативна реакція на потреби населення.

5.5.4. Особливості бюджетної системи охорони здоров'я у Швеції

Особливості *бюджетної системи* охорони здоров'я розглянено на *прикладі* Великобританії та Швеції, де держава в неясній формі є єдиним страховиком усього населення, що створює державну монополію. Основна частина коштів надходить

із державного бюджету і розподіляється згори вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування.

У Швеції страхові закони про медичне страхування були прийняті у 1898 році. Загальне обов'язкове медичне страхування було введено у 1955 році. **Національна система соціального страхування** — загальна й обов'язкова для всього населення країни.

Власником засобів виробництва у системі охорони здоров'я є держава, тобто органи центрального, місцевого й міського управління. Вони також здійснюють керівництво службою охорони здоров'я, планують і фінансують її діяльність.

Система фінансування охорони здоров'я Швеції має такий вигляд: 18% становлять кошти держави; 51% — кошти місцевих органів влади; 31% — кошти роботодавців.

Національна система охорони здоров'я у Швеції має чітке соціальне спрямування. Лікарі як наймані працівники працюють за контрактами. Лікарняна допомога майже повністю фінансується регіональним бюджетом, лікарні перебувають у володінні рад графств. Існує суворе районування лікарняної допомоги. Населення обмежене у виборі лікаря й у можливості госпіталізації.

5.5.5. Особливості системи охорони здоров'я у Великій Британії

Система організації охорони здоров'я Великобританії в основному схожа на шведську модель. У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює його державний характер із великим ступенем централізації управління. Закон про страхування, що був прийнятий у 1912 році, започаткував принцип обов'язковості й охопив обов'язковим медичним страхуванням третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, що працюють, і службовців за договором найму.

Фінансова основа системи охорони здоров'я Великобританії є такою: 85% фінансується за рахунок загального оподаткування; 12,5% надходжень — із фондів обов'язкового державного страхування працівників і роботодавців; 2,5% надходить від платежів за послуги.

Усі, хто працює, підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я. Непрацюючі жінки у шлюбі можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. У цілому пацієнти сплачують 10% вартості лікування. Частка державних витрат на медикаменти перевищує 60% від загальної суми державних затрат на охорону здоров'я.

Близько 7 млн громадян Об'єднаного Королівства, крім внесків у національну систему охорони здоров'я у вигляді податків, купують приватну медичну страховку.

Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків і виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті витрат на соціальні потреби.

Завдання для перевірки знань

1. Медичне страхування та його основні види. Суб'єкти й об'єкти медичного страхування.

2. Проблеми становлення й розвитку медичного страхування в Україні.

3. Роль медичного страхування в забезпеченні потреб робітника в страховому захисті.

4. Шляхи підвищення ефективності добровільного медичного страхування.

5. Добровільне медичне страхування: обсяг відповідальності страховика, страхова сума, порядок визначення розміру страхових премій та їх сплати.

Теми рефератів

1. *Етапи впровадження в Україні системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.*

2. *Особливості та шляхи підвищення ефективності державного соціального медичного страхування.*

3. *Медичне страхування громадян, які перетинають кордон.*

4. *Впровадження державних соціальних стандартів у сфері медичного обслуговування населення.*