

УДК 336:368.911.5

ОХРИМЕНКО

Іван Олександрович

i.o.okhrimenko@gmail.com

аспірант кафедри менеджменту

ДВНЗ «Українська академія банківської справи

Національного банку України»

ФІНАНСОВІ ПОТОКИ В СИСТЕМІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

FINANCIAL FLOWS IN MANDATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

Стаття присвячена аналізу фінансових відносин, які виникають в системі обов'язкового медичного страхування. Розглянуто принципи функціонування обов'язкового медичного страхування, суб'єкти фінансових відносин механізму обов'язкового медичного страхування, схематично подано рух фінансових потоків між суб'єктами обов'язкового медичного страхування.

Статья посвящена анализу финансовых отношений, возникающих в системе обязательного медицинского страхования. Рассмотрены принципы функционирования обязательного медицинского страхования, субъекты финансовых отношений механизма обязательного медицинского страхования, схематично представлено движение финансовых потоков между субъектами обязательного медицинского страхования.

The article analyzes the financial relations in the system of mandatory health insurance, the functioning principles of mandatory health insurance, entities of financial relations mechanism of mandatory health insurance, presents the

movement scheme of financial flows between entities of mandatory health insurance.

Ключові слова: *обов'язкове медичне страхування, фінансові потоки, суб'єкти обов'язкового медичного страхування, принципи обов'язкового медичного страхування.*

Ключевые слова: *обязательное медицинское страхование, финансовые потоки, субъекты обязательного медицинского страхования, принципы обязательного медицинского страхования.*

Key words: *mandatory health insurance, financial flows, entities of mandatory health insurance, mandatory health insurance principles.*

ВСТУП

З набуттям Україною незалежності особливо загострилася проблема недофінансування вітчизняної системи охорони здоров'я. Постало питання про необхідність переведення медицини на страхові засади з метою покращення умов та якості надаваних послуг населенню. На сьогодні, не дивлячись на значну увагу з боку науковців до проблем реформування медичної галузі, що знайшло своє відображення у роботах С.В. Онишко [1], Ю. Гришан [2], О.В. Солдатенко [3], О.В. Бабарика [4], І.Ю. Кондрат [5] тощо, та численні законопроекти, які приймалися останнім часом і стосуються обов'язкового медичного страхування в тій чи іншій мірі [6], залишається не розглянутим механізм фінансового обігу, що обслуговуватиме учасників системи обов'язкового медичного страхування.

МЕТА РОБОТИ полягає у теоретичному аналізі фінансових потоків, які виникають між суб'єктами в системі обов'язкового медичного страхування.

РЕЗУЛЬТАТИ

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є одним з видів загальнодержавного обов'язкового страхування, головною метою якого є забезпечення

права вільного доступу громадян до медичних послуг, закріпленого 49 статтею Конституції України [7], в межах мінімально-достатнього набору лікувально-профілактичних процедур, необхідних для підтримки здоров'я на належному рівні. На сьогодні в Україні ще не сформовано інститут страхової медицини, зважаючи на це у дослідженні знайшли відображення лише теоретичні викладки авторського бачення функціонування механізму обов'язкового медичного страхування у разі прийняття відповідних законопроектів Верховною Радою України.

Як і будь-якому виду страхування, ОМС притаманний власний об'єкт і суб'єкт страхування.

Об'єктом ОМС виступає страховий ризик, який пов'язаний з витратами на отримання лікувально-профілактичних медичних послуг в результаті захворювання.

Суб'єктами ОМС є:

– застраховані особи – особи, на користь яких укладаються договори ОМС і, які в результаті настання страхового випадку мають право на отримання безкоштовного обсягу медичних послуг, обумовлених зазначеним договором.

– страхувальники – юридичні та фізичні особи, які в рамках ОМС виступають фінансовими агентами, здійснюючи укладання договорів ОМС на ім'я найманих працівників та перерахування страхових внесків до системи ОМС;

– страхові компанії – страхові організації, що надають послуги ОМС;

– медичний страховий пул МСП – неприбуткова організація, яка є об'єднанням страхових компаній, що здійснюють ОМС, головною метою діяльності якої є уніфікація правил здійснення ОМС та гарантування застрахованим виплат за полісами ОМС;

– медичні заклади – лікувально-профілактичні установи, які спеціалізуються на наданні медичних послуг застрахованим особам в рамках ОМС.

Ефективність обов'язкового медичного страхування забезпечується за умови виконання наступних принципів:

- солідарності та субсидування;
- визначення відповідними законодавчими актами тарифних ставок, порядку та умов здійснення обов'язкового медичного страхування в країні, а також обсягу та переліку медичних послуг, на які має право застрахована особа в системі ОМС;
- відповідальності суб'єктів обов'язкового медичного страхування за невиконання або неналежне виконання покладених на них обов'язків та порушення норм законодавства з питань ОМС;
- обов'язковості страхування осіб, які працюють на умовах трудового договору та тих, які забезпечують себе роботою самостійно чи є суб'єктами підприємницької діяльності;
- бюджетне та за рахунок цільових фондів фінансування видатків на виплату страхових внесків за непрацездатних осіб;
- рівноправності застрахованих осіб щодо умов отримання медичної допомоги в системі ОМС;
- обов'язковості фінансування страхових виплат фондами ОМС в обсягах, визначених відповідними законодавчими нормативами;
- цільового використання коштів системи ОМС фондами ОМС;
- диференціювання ставки страхового внеску з урахуванням умов і стану виробничого травматизму та професійної захворюваності в окремій галузі.

Фінансові відносини, які виникають між різними учасниками системи обов'язкового медичного страхування схематично подано на рисунку 1.

Перший етап передбачає збір та акумуляцію страхових внесків із застрахованих осіб. У залежності від того, хто виступає страхувальником та фінансовим агентом, можна виділити 4 категорії застрахованих осіб:

1) наймані працівники, зокрема громадяни України, особи без громадянства та іноземці, які працюють за трудовими договорами чи договорами

цивільно-правового характеру на підприємствах, установах чи організаціях та їх філіях, незалежно від виду діяльності та форм власності. Для цієї категорії страхувальником та фінансовим агентом виступає роботодавець.

2) особи, які проходять професійну підготовку, перепідготовку з відривом від виробництва чи навчаються в магістратурі, аспірантурі, докторантурі, інтернатурі, ординатурі на денній формі; особи, які одержують допомогу за доглядом за дитиною до досягнення нею трирічного віку; непрацюючі діти віком до 18 років, непрацюючі інваліди з дитинства; непрацюючі працездатні особи, які здійснюють догляд за інвалідом першої групи або дитиною-інвалідом віком до 16 років, а також за пенсіонером, який потребує постійного стороннього догляду. Для зазначених категорій громадян страхувальником є держава. Сплата страхових внесків здійснюється за рахунок коштів державного бюджету.

3) об'єднує осіб, страхувальниками яких є фонди загальнообов'язкового соціального страхування. Пенсійний фонд України є страхувальником непрацюючих пенсіонерів. Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України – страхувальником непрацюючих інвалідів, які отримали інвалідність в результаті нещасного випадку на виробництві або в результаті професійного захворювання. Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття – осіб, що зареєстровані як безробітні. З відповідних фондів здійснюється і сплата страхових внесків за застрахованих осіб зазначених категорій.

4) особи, які забезпечують себе роботою самостійно – займаються адвокатською, нотаріальною, творчою та іншими видами діяльністю, пов'язаних з отриманням доходу безпосередньо від цієї діяльності, а також особи, які провадять підприємницьку діяльність, і члени їхніх сімей, якщо останні беруть участь у провадженні ними підприємницької діяльності; інші особи, не віднесені до 1-3 категорії застрахованих осіб, що перебувають на території держави на законних підставах та уклали договори добровільної

участі в системі обов'язкового медичного страхування зі страховими компаніями, які здійснюють ОМС. За таких умов страхувальники укладають договори ОМС на свою користь та здійснюють сплату страхових внесків із власних доходів.

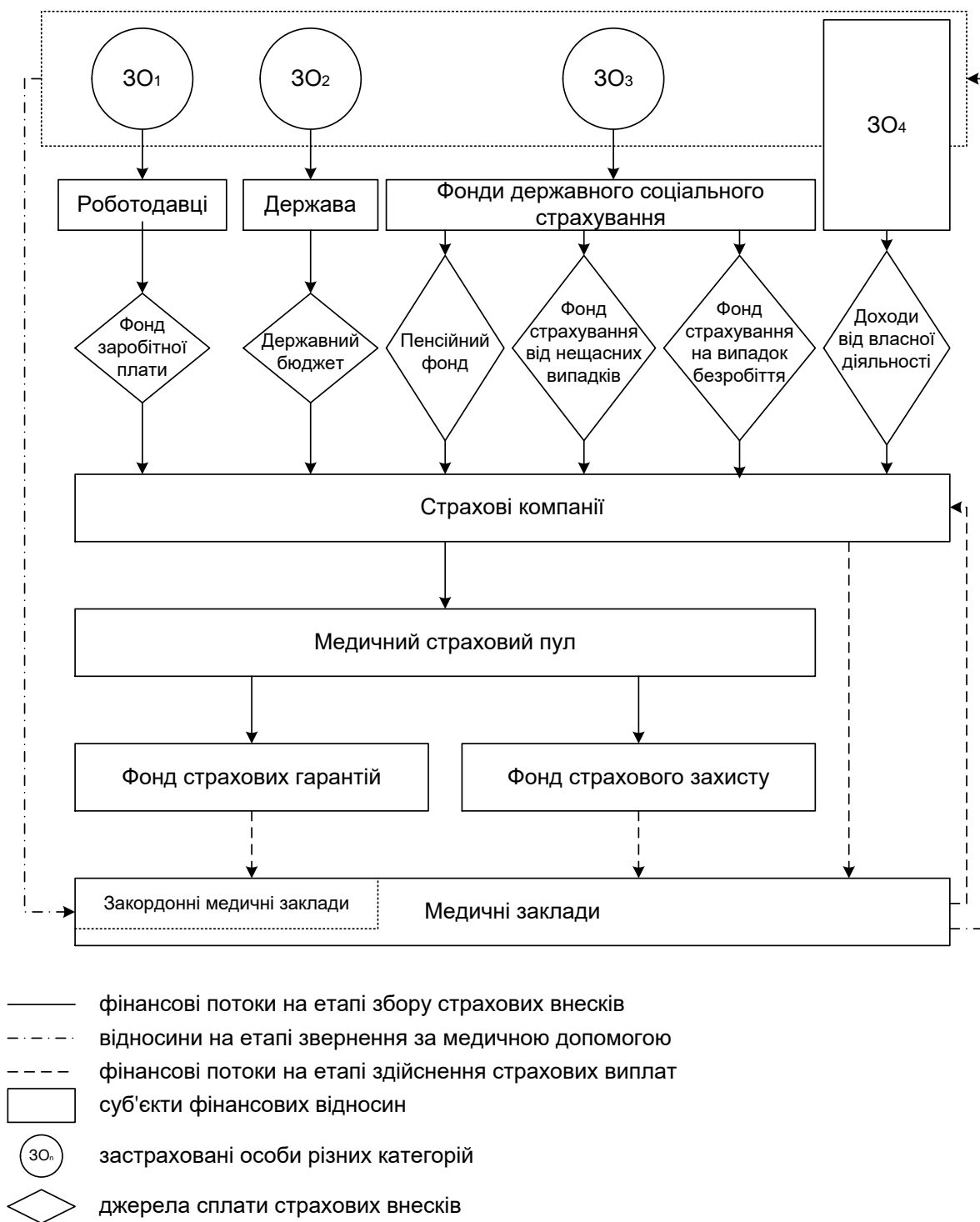


Рис. 1 Фінансові відносини в системі ОМС (розроблено автором)

Стягнення страхових внесків здійснюється фінансовими агентами застрахованих осіб на користь страхових компаній.

Страхові компанії є юридичними установами, виключним видом діяльності яких є медичне страхування: добровільне та обов'язкове. Вимоги участі в системі обов'язкового медичного страхування для страхових компаній визначає держава на основі відповідних законодавчих актів. Страхові компанії ведуть персоніфікований облік страхових внесків.

З метою захисту страхових внесків з обов'язкового медичного страхування від банкрутства та шахрайських дій з боку страхових компаній-учасниць системи ОМС, формується Медичний страховий пул (МСП) – неприбуткова організація, яка є об'єднанням страхових компаній, що отримали ліцензію на проведення обов'язкового медичного страхування. МСП утримується лише за рахунок внесків його членів та інвестиційних доходів, отриманих від розміщення тимчасово вільних коштів із власних резервних фондів. За рахунок членських внесків страховиків МСП формує фонд страхових гарантій, кошти якого призначені для забезпечення взаєморозрахунків з уповноваженими організаціями інших країн (страховими компаніями, медичними закладами) під час врегулювання компенсації збитків, понесених цими організаціями на лікування застрахованих у системі ОМС громадян України за страховими випадками, що сталися закордоном, та фонд страхового захисту, кошти якого спрямовані на здійснення розрахунків з потерпілими за полісами ОМС, виданими компаніями, які збанкрутували чи внаслідок інших причин не мають змоги здійснювати страхові виплати у повному обсязі.

Другий етап описує відносини у ланцюжку пацієнт-медичний заклад. На даному етапі фінансові відносини не виникають. У разі захворювання застрахована особа звертається до медичної установи, де отримує безкоштовну допомогу в обсягах, передбачених програмами обов'язкового медичного страхування.

Третій етап – описує механізм компенсації понесених витрат медичним закладом на лікування застрахованої особи. Медичний заклад надсилає рахунки за надані послуги у страхову компанію, в якій особа, що звернулася за допомогою, застрахована. У свою чергу, страхова компанія проводить пере-

вірку рахунку на відповідність умовам договору ОМС і у разі його прийняття, як документу, що підтверджує настання страхового випадку, здійснює перерахування коштів на рахунок медичного закладу. У разі розрахунків за страховими випадками, що виникли не на території України, і допомога застрахованими отримувалася у закордонних медичних закладах, то виплати даним медичним закладам здійснює Медичний страховий пул за рахунок коштів фонду страхових гарантій.

ВИСНОВКИ

Таким чином, рух фінансових потоків у системі обов'язкового медичного страхування безпосередньо пов'язаний з обслуговуванням ними 2-х етапів: збору та акумуляції страхових внесків, які надходять від фінансових агентів-страхувальників громадян різних категорій, та страхових виплат, які надходять від страхових компаній, в окремих випадках за посередництва МСП, до медичних закладів для покриття витрат на лікування застрахованих осіб.

Література:

1. Онишко С.В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів [Текст] / С.В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). – 2011. – № 4(55). – С. 66-73.
2. Гришан Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні [Текст] / Ю. Гришан // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. – 2009. – № 112. – С. 22-24.
3. Солдатенко О.В. Видатки на охорону здоров'я у бюджетній системі України [Текст] / О.В. Солдатенко // Держава та регіони. Серія: Право. – 2009. – № 4. – С. 95-101.
4. Бабарика О.В. Перспективи впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування [Текст] / О.В. Бабарика // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2009. – № 4(8). – С. 96-100.

5. Кондрат І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні [Текст] / І.Ю. Кондрат // Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. – Вип. 19.3. – С. 247-252.

6. Козьменко С.М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні / Козьменко С.М., Охріменко І.О. // Вісник Української академії банківської справи. - 2012. - № 2(33). – С. 62-68.

7. Конституція України [Електронний ресурс] : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР [зі змін. та доп.] – Режим доступу :

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

Охріменко І. О. Фінансові потоки в системі обов'язкового медичного страхування [Текст] / І. О. Охріменко // Економіка. Фінанси. Право. – 2013. – № 11. – С. 28-31.