

Секція: 14. Фінанси, гроші та кредит

*Лисенко В.С.*

*аспірант кафедри економічної кібернетики ДВНЗ «УАБС НБУ»*

*м. Суми, Україна*

## **ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

**Актуальність проблеми.** В сучасних умовах господарювання все більше уваги приділяється аналізу існуючої в Україні системи охорони здоров'я та можливості її модифікації. Декілька років назад було розроблено законопроект «Про обов'язкове медичне страхування в Україні», який, втім, статус закону поки що не отримав, проте восени 2013 р. у ЗМІ з'явилася інформація щодо переходу лікарень на електронні медичні картки як один із підготовчих заходів введення ОМС в Україні. Щодо добровільного медичного страхування, то донедавна воно було актуальним лише для великих компаній, які включають програми ДМС до соціальних пакетів співробітників. На сьогоднішній день інтерес до добровільного медичного страхування проявляється не лише з боку корпоративних структур, але і з боку пересічних українців, яких не задовольняє ситуація з охороною здоров'я в Україні і які готові платити за своєчасну та якісну медичну допомогу (згідно європейського дослідження ASSPRO CEE 2007, це 73% українців), в т.ч. через систему добровільного медичного страхування.

**Метою дослідження** є дослідження сутності добровільного медичного страхування та перспективи його поширення в Україні.

**Виклад основного матеріалу.** Медичне страхування є способом страхового захисту громадян від непередбачуваних проблем з їх здоров'ям, шляхом виплати компенсації за понесені витрати. Головною метою його проведення є забезпечення громадян, у разі виникнення страхового випадку, можливістю одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів[1].

Вітчизняне страхове законодавство виділяє добровільне та обов'язкове медичне страхування. Обов'язкова форма використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я (Франція, Канада, Німеччина, Швеція, Бельгія), а добровільна – у тих країнах, де поширені приватні страхові програми (Ізраїль, Швейцарія).

Система обов'язкового медичного страхування зобов'язує страхувальників укладати відповідні договори, згідно з якими вони мають право на одержання медичних послуг,

перелік і обсяг яких установлюється програмою обов'язкового медичного страхування, у медичних установах, включених до системи обов'язкового медичного страхування.

Добровільне медичне страхування (ДМС) – один з видів особистого страхування, який забезпечує можливість повної або часткової виплати коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладу здоров'я відповідно до умов попередньо укладеного договору. Як зрозуміло з термінології, обов'язкове медичне страхування передбачає наявність в державі певного законодавства щодо його функціонування, тоді як добровільне медичне страхування частіше за все трактується як додаткове до обов'язкового. Втім, це є не зовсім коректним.

Так, згідно документу європейської страхової та перестрахової асоціації Insurance Europe, в якому описується сучасний стан медичного страхування в Європі, медичне страхування розглядається не лише як добровільне та обов'язкове, але і як приватне та державне. Не можна ототожнювати приватне медичне страхування з добровільним, а обов'язкове – з державним, адже єдине, що розділяє ці види страхування – наявність законодавчого регулювання. У світовій практиці існує приклад Нідерландів, де діє обов'язкове приватне медичне страхування. Це означає, що в країні на законодавчому рівні затверджена обов'язковість медичного страхування населення, проте основними гравцями на ринку виступають приватні страхові компанії, держава ж виконує виключно регулюючу та наглядову функції, а саме слідкує за тим, щоб медичну допомогу отримували всі верстви населення незалежно від статку, віку, сімейного стану та наявності роботи.

Цікаво дослідити, яка частка населення має поліси добровільного медичного страхування в різних країнах світу. Так, в Австрії це близько 30%, у Бельгії – 50%, у Данії – 28%, у Франції – 94%, в Німеччині – 9%, в Ірландії – 45%, в Люксембургу – 70%, в Іспанії – близько 12%, в Великобританії – 11,5% тощо. Таким чином, ми можемо говорити про те, що в різних країнах Європи існує своя практика комбінування державного обов'язкового медичного страхування (наявність якого в країні є свідченням серйозних намірів уряду щодо охорони здоров'я) з приватним (яке, за виключенням Нідерландів, є добровільним).

Перевагами добровільного медичного страхування є наступні:

- споживачі можуть обирати страхову компанію, виходячи із власних побажань та потреб, на відміну від державної системи охорони здоров'я;
- будь-який продукт в рамках приватного медичного страхування є високо індивідуалізованим (це означає, що при наявності бажання клієнт може скласти свою страхову програму на кшталт конструктору, який максимально задовольнить його потреби);
- коли мова йде про ДМС, споживачі можуть самостійно обирати як провайдерів медичних послуг (приватні клініки чи державні госпіталі), так і час відвідування лікаря. За рахунок

цього, в рамках приватного медичного страхування практично відсутні так звані «листи очікування» – пацієнти отримують медичну допомогу швидше, часто кращої якості. Це можна пояснити достатньо просто – чим швидше пацієнт отримає медичну допомогу, тим скорішим буде його видужання, відповідно, тим меншими будуть витрати страхової компанії, яка оплачує це лікування;

- страхові компанії, які займаються добровільним медичним страхуванням, працюють на висококонкурентному ринку, результатом чого є оптимізація витрат на медичні послуги та покращення якості охорони здоров'я, від чого, звісно, лише виграють споживачі;
- страхові компанії, які займаються добровільним медичним страхуванням, прагнуть до підвищення ефективності наданих послуг, тому можуть собі дозволити мобільність пацієнтів (в ЄС діє директива 2011/24/EU, в якій йдеться мова про транскордонне надання медичних послуг в рамках Союзу);
- деякі країни часто використовують добровільне медичне страхування для зняття певної частки витрат на охорону здоров'я, покладених на державу [3].

Так, досить цікавими є статистичні дані щодо внесків ДМС у загальну суму витрат на охорону здоров'я в різних країнах світу. На рис. 1 представлено країни, в яких за рахунок ДМС фінансується більше 10% витрат, пов'язаних з охороною здоров'я.

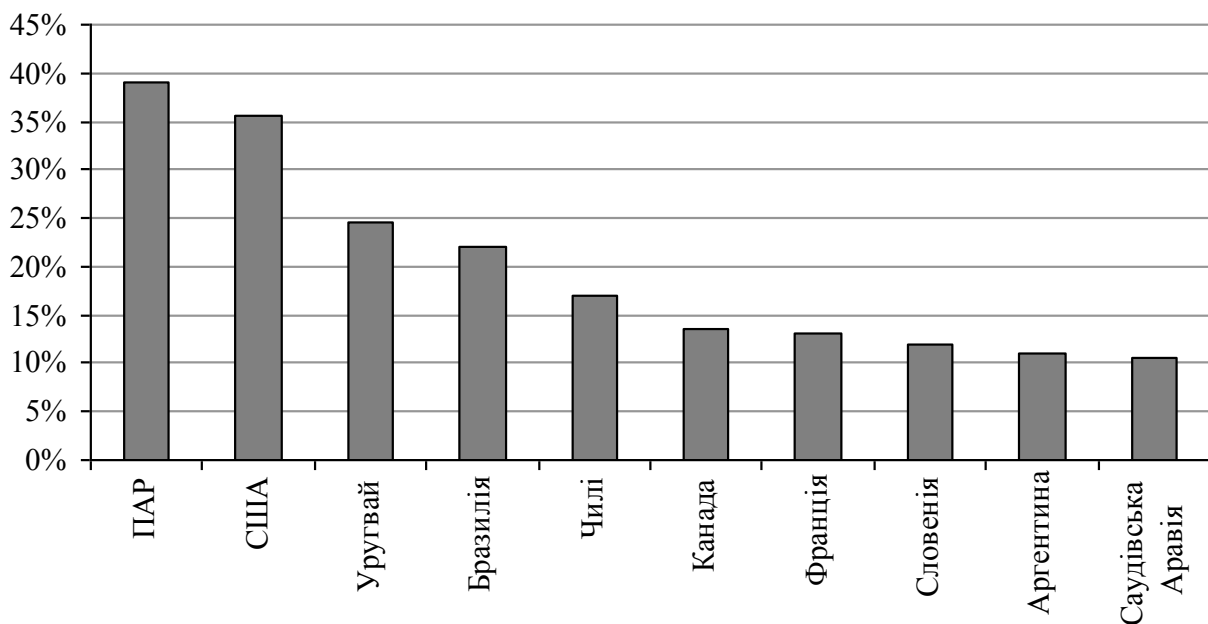


Рисунок 1. Країни, в яких у 2009 р. ДМС покривало більше 10% витрат на охорону здоров'я

Ще один важливий фактор, який потрібно мати на увазі, коли мова йде про ДМС – кишенькові платежі (out-of-pocket payments) населення. На нашу думку, ефективне функціонування системи медичного страхування (обов'язкового плюс добровільного, як

свідчать приклади розвинутих країн) дозволяє зменшити незаплановані кишенькові витрати населення на лікування та дає змогу планувати бюджети сімей. Показово, що в українських реаліях вважається нормальним, коли пацієнти платять власні кошти у державних закладах охорони здоров'я, що, в свою чергу, суперечить ст. 49 Конституції України, яка декларує право кожного громадянина на безкоштовну медичну допомогу.

У 2007-2012 рр. у шести країнах Центрально-Східної Європи (Україна, Болгарія, Угорщина, Литва, Польща та Румунія) дослідниками Маастрихтського університету здійснювався дослідницький проект ASSPRO CEE 2007, основною метою якого було з'ясувати досвід та ставлення громадян до різних видів оплати за медичну допомогу. Результати говорять за себе і, на нашу думку, можуть бути основою для подальшої стратегії розвитку ДМС в Україні.

Так, згідно даного дослідження, розмір кишенькових платежів, які сплачують за лікування українці, є найвищим серед країн, які досліджувалися. За 2012 р. майже 57% з тих українців, які побували у лікаря, платили за свій візит (13,88% неофіційно, 19,68% офіційно, і 22,5% здійснювали обидва види платежів). В Україні кишенькові платежі найчастіше стягуються у вигляді благодійних внесків на користь закладу охорони здоров'я. Майже третина респондентів вказали на те, що неформальну оплату за медичну допомогу вони здійснювали примусово – це один із найвищих показників серед шести досліджуваних країн (для прикладу: в Угорщині цей показник не перевищує 7%). Більше того, частка респондентів, які готові протистояти примусу і відмовити у неофіційних платежах за лікування, в Україні є найменшою – 27%, у Болгарії і Польщі таких сміливців 55%.

Втім, в результаті проведеного дослідження було виявлено, що громадяни висловлюють досить високу готовність сплачувати офіційні платежі в разі отримання послуг високої якості та зі швидким доступом. Приміром, за візит до лікаря (у разі згаданих умов) готові платити 73% українців (і лише 66,5% угорців та 72,96% поляків).

Наведені дані свідчать про те, що при правильному маркетингу добровільного медичного страхування в Україні, користь можуть отримувати як страхові компанії, так і населення. Не секрет, що наразі стан оснащення українських лікарень бажає кращого, а досвід країн Європи виявляє зв'язок між розвитком ДМС в країні та розвитком провайдерів медичних послуг – за рахунок коштів страхових компаній (які, по суті, є грошима клієнтів), можна відбудовувати державні лікарні, купляти дороге обладнання тощо. По факту, вся система охорони здоров'я країни буде у виграшу.

Проте, незважаючи на результати проведеного дослідження, не кожен житель України морально готовий до добровільного медичного страхування, тому його активному розвитку повинен передувати відповідний розвиток суспільства, розуміння ним того, що на

сьогоднішній день не можна забезпечити достойного рівня медичних послуг, які надаються в Україні, виключно за рахунок державних коштів.

**Висновки.** Таким чином, можна говорити про те, що добровільне медичне страхування має значний потенціал для розвитку на теренах нашої держави. За даними європейського дослідження ASSPRO CEE 2007, українці поступово приходять до розуміння переваг платної медицини, адже по факту вони все одно платять за лікування у державних лікарнях (явно чи неявно). Розвиток українського ринку добровільного медичного страхування міг би прямо вплинути на стан медичної галузі України та рівень її ефективності (через відрахування страхових компаній на користь лікарень, які можна використовувати на переоснащення тощо).

### Література:

1. Волошин В. Про добровільне медичне страхування в Україні та проведення відповідних актуарних розрахунків [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/7757/1/22.pdf> - Назва з екрану.
2. Яворська Т. В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Т. В. Яворська, М. А. Бас.// Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника. – 2009. № 5(2). – С. 305-309.
3. Private medical insurance in the European Union [Electronic source] – Access mode : <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf> – Title from the screen.
4. What role for voluntary health insurance? [Electronic source] – Access mode : [http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/305499-1109933291285/767611-1309331342036/WB\\_Russia\\_28\\_June\\_2011\\_Sarah\\_Thomson\\_ENG.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/305499-1109933291285/767611-1309331342036/WB_Russia_28_June_2011_Sarah_Thomson_ENG.pdf) - Title from the screen.
5. За що готові платити українські пацієнти? [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/za-shho-gotovi-platiti-ukra%D1%97nski-pacyenti/> – Назва з екрану.