

*Н.Г. Нагайчук, Черкаський банківський інститут  
Української академії банківської справи НБУ*

## **АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

*У статті розглянуто засади поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування в завершену систему медичного страхування. Особливу увагу зосереджено на аналізі стану ринку добровільного медичного страхування.*

*Ключові слова: система медичного страхування, Базова програма медичних гарантій, добровільне медичне страхування, страхові премії, страхові виплати.*

**Вступ.** У сучасній соціально-економічній літературі широко висвітлені загальні питання організації і розвитку системи медичного страхування в Україні. Стосовно обов'язкового медичного страхування практики і теоретики галузей страхування та економіки охорони здоров'я погоджуються з необхідністю його впровадження; причини, з яких воно до цього часу не запроваджене, мають, переважно, суб'єктивний характер [2]. Великі надії на покращення фінансового забезпечення охорони здоров'я та підвищення якості і доступності медичного обслуговування покладалися на добровільне медичне страхування, але, як свідчать статистичні дані, наведені нижче, вони не справдилися.

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень.** У вітчизняній літературі досліджуються, в основному, загальні закономірності розвитку медичного страхування в нашій країні та за кордоном, описуються можливості, які отримає система охорони здоров'я після введення обов'язкового медичного страхування та від використання добровільного медичного страхування, без уточнення конкретних методик практичної реалізації цих можливостей у рамках цілісної системи медичного страхування в Україні. Іншими словами, зараз відсутній базис, на якому відбуватиметься поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування [3].

Теоретико-методологічні основи суті медичного соціального страхування розроблено С. Брю, Р. Макконелом, П. Самуельсоном та іншими науковцями, представниками різних наукових шкіл. Сучасна практика організації фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, представлена в працях Х. Ламберта, Г. Муні, Е. Уотерса, І. Шеймана. Проблемам організації системи медичного страхування присвячені роботи українських вчених О. Василика, В. Базилевича, С. Осадця, Т. Артюх, О. Гаманкової, О. Голяченка, В. Нонка та ін.

Однак певні питання практичного характеру недостатньо висвітлені в зарубіжній та вітчизняній науковій літературі.

Невирішеною частиною проблеми, яка гальмує створення діючої системи медичного страхування в Україні, є недостатньо визначені межі між обов'язковим і добровільним страхуванням, що визначається різним трактуванням множини існуючих нормативних актів, які регламентують діяльність у рамках медичного страхування. Крім того, це проявляється у відсутності класифікації медичних послуг, які надаються пацієнтам при обов'язковому і добровільному медичному страхуванні.

**Виклад основного матеріалу.** Під системою медичного страхування ми розуміємо сукупність форм та видів медичного страхування, які здійснюються в країні згідно з законодавством або на основі договору. Тому, говорячи про систему медичного страхування, ми будемо розглядати обов'язкове медичне страхування і добровільне у взаємозв'язку, як взаємодоповнюючі елементи однієї системи. Обов'язкове і добровільне медичне страхування мають спільну мету – захист від соціального ризику, і пов'язані з необхідністю отримання медичних послуг при настанні страхового випадку – захворювання [4].

У жодній країні світу ні обов'язкове медичне страхування, ні добровільне, не існують у чистому вигляді, оскільки жодна із цих форм страхового захисту здоров'я не є досконалою, тому присутній певний симбіоз державних гарантій та додаткових медичних послуг, які фінансуються за рахунок приватного медичного страхування. Тому ці форми страхування повинні проводитися шляхом розробки поєднаних та взаємодоповнюючих програм медичного страхування.

Ефективність діючої в країні системи медичного страхування слід розглядати з позиції критерію задоволеності її громадян медичним обслуговуванням та якісних характеристик стану

здоров'я населення, а також з точки зору співвідношення "витрати / ефективність".

Науковці єдині в думці, що відсутність в нашій країні обов'язкового медичного страхування гальмує подальший розвиток ринку добровільного медичного страхування – послуги з добровільного медичного страхування залишаються недоступною розкішшю для більшості українців.

За умови відсутності обов'язкового медичного страхування в Україні розглянемо основні тенденції, що склалися на ринку добровільного медичного страхування.

У структурі зібраних премій на ринку перше місце посідає добровільне майнове страхування і його частка має тенденцію до зростання (у 2001 р. – 73,33 %; 2002 р. – 76,85 %; 2003 р. – 84,66 %; 2004 р. – 85,5 %) (табл. 1).

Таблиця 1

**Структура страхових премій в розрізі галузей страхування в 2001-2004 рр., млн. грн.\***

Показник	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	Темпи приросту 2004/2001 р., %	Питома вага у 2004 р., %
Страхові премії, всього	3030,50	4442,10	9135,30	19431,40	112,70	x
Страхування життя	15,70	23,90	72,90	186,90	156,40	0,96
Добровільне особисте страхування, всього	214,80	281,50	368,20	414,60	12,60	2,13
в т.ч. добровільне медичне страхування	126,92	189,76	242,83	308,85	27,20	1,60
Добровільне майнове страхування, всього	2222,30	3413,80	7734,40	16612,70	114,80	85,50
в тому числі страхування фінансових ризиків	–	–	4443,60	8973,70	101,90	4,60
Добровільне страхування відповідальності	243,00	341,20	451,30	1567,20	247,30	8,07
Недержавне обов'язкове страхування	276,80	350,50	459,60	562,10	22,30	2,90
Державне обов'язкове страхування	73,60	55,10	48,90	87,80	79,60	0,45

\*За даними Держкомфінпослуг.

Добровільне особисте страхування, підгалуззю якого є медичне страхування, за обсягами зібраних премій і динамікою росту ринку зараз відстає від інших видів страхування. За даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг, збільшення цього сегмента ринку за 2004 р. порівняно з 2003 р. склало лише 12,6 %, в той час як по страхуванню життя – 156,4 %; добровільному страхуванню майна – 115 %, добровільному страхуванню

відповідальності – 247,3 %. Добровільне особисте страхування займає четверте місце за величиною зібраних премій і становить в їх загальній структурі 2,13 %.

Одночасно в структурі виплат особисте страхування займає лідируючі позиції, посідає друге місце після добровільного майнового (табл. 2).

Таблиця 2

**Структура страхових виплат у розрізі галузей страхування в 2001-2004 рр., млн. грн.**

Показник	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	Темпи приросту 2004/2001 р., %	Питома вага у 2004 р.
Страхові виплати, всього	424,10	543,10	860,60	1540,30	78,9	–
Страхування життя	4,80	2,70	2,60	11,80	353,8	0,77
Добровільне особисте страхування, всього	120,00	149,50	182,40	347,60	90,6	22,60
в т.ч. добровільне медичне страхування	93,22	133,83	162,89	181,02	11,1	11,80
Добровільне майнове страхування, всього	147,50	227,40	447,90	923,60	106,2	59,90
в тому числі страхування фінансових ризиків	–	–	165,20	241,20	46,0	15,60
Добровільне страхування відповідальності	45,60	54,80	56,20	47,90	-14,8	3,10
Недержавне обов'язкове страхування	42,30	59,20	124,40	130,90	5,2	8,50
Державне обов'язкове страхування	68,70	52,20	47,10	78,50	66,7	5,00

Обсяги страхових виплат з особистого страхування в 2004 р. порівняно з 2003 р. виросли на 90,6 %, а коефіцієнт виплат склав 83,8 % (табл. 3). По інших галузях страхування виплати росли дещо повільніше, а по деяких видах була помічена від'ємна динаміка. Частка виплат з добровільного медичного страхування в структурі страхових виплат з добровільного особистого страхування становить 52,1 %, а відповідно частка страхових премій – 74,5 %, темпи приросту страхових виплат по ДМС

становлять всього 11 %, в той час як по інших добровільних видах приріст складає не менше 50 %.

Рівень валових виплат з добровільного особистого страхування має тенденцію до зростання – у 2001 р. рівень виплат склав 55,9 %, а в 2004 р. – вже 83,8 %. У добровільному медичному страхуванні спостерігається протилежна ситуація – рівень валових виплат знижується з 73,4 % у 2001 р. до 58,6 % у 2004 р.

Таблиця 3

Рівень страхових виплат за період 2001-2004 рр., %

Види страхування	2001 р.		2002 р.		2003 р.		2004 р.	
	Рівень валових виплат	Рівень валових виплат громадянам	Рівень валових виплат	Рівень валових виплат громадянам	Рівень валових виплат	Рівень валових виплат громадянам	Рівень валових виплат	Рівень валових виплат громадянам
Страхування життя	30,6	–	1,3	–	3,57	4,90	6,31	8,39
Добровільне особисте страхування	55,9	–	57,0	–	49,53	56,90	83,84	139,05
Добровільне медичне страхування	73,4	–	70,5	–	67,10	–	58,60	–
Добровільне страхування майна	6,6	–	6,7	–	5,79	40,09	5,56	–
Добровільне страхування відповідальності	18,8	–	16,1	–	12,45	28,31	3,06	13,87
Недержавне обов'язкове страхування	15,3	–	16,9	–	27,07	22,42	23,29	23,40
Державне обов'язкове страхування	93,3	–	94,7	–	96,32	х	89,41	х

Ріст сегмента ДМС в 2004 р. склав 27,2 % за величиною надходжень страхових премій і на 11 % відбулося зростання величини страхових виплат порівняно з попереднім роком, але, незважаючи на це, добровільне медичне страхування можна вважати повноцінним сегментом національного страхового ринку, і є підстави стверджувати, що його становлення відбулося. Це підтверджується наведеними в табл. 4 розрахунками. Але частка залучених страхових премій є недостатньою, щоб відчутно змінити фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я.

Протягом аналізованого періоду частка ДМС в загальній структурі страхових премій зменшилася більш ніж в 2,5 раза (з 4,2 % у 2001 р. до 1,6 % у 2004 р.), що свідчить про незацікавленість потенційних страхувальників в даному виді страхових послуг, переважно через відсутність стимулів до придбання такого виду страхового захисту у страхувальників-юридичних осіб, а у страхувальників-громадян – через високу вартість страхового захисту та елемент недовіри до страховиків.

Таблиця 4

**Частка добровільного медичного страхування в загальному обсязі страхових премій,  
зібраних українськими страховиками в 2001-2004 рр.**

Показник	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	Темпи приросту 2004/2001 р., %
Страхові премії всього, млн. грн.	3030,50	4442,10	9135,30	19431,40	541,20
Добровільне медичне страхування, млн. грн.	126,92	189,76	242,83	308,85	143,30
Частка добровільного медичного страхування, %	4,20	4,30	2,70	1,60	x

\*Розраховано за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Дані про величину здійснених страхових виплат за договорами ДМС та їх частку в сукупному розмірі, здійснених українськими страховиками страхових відшкодувань за аналізований період (2001-2004 рр.), наведено в табл. 5.

Таблиця 5

**Частка виплат добровільного медичного страхування в загальному обсязі страхових виплат,  
здійснених страховими компаніями України в 2001-2004 рр.**

Показник	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	Темпи приросту 2004/2001 р., %
Страхові виплати всього, млн. грн.	424,10	543,10	860,60	1540,30	263,20
Добровільне медичне страхування, млн. грн.	93,22	133,83	162,89	181,02	94,20
Частка добровільного медичного страхування, %	21,90	24,60	18,90	11,70	x

\*Розраховано за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Зростання страхових виплат по добровільному медичному страхуванню відстає від зростання страхових виплат на ринку. З 2003 р. спостерігається зниження частки страхових виплат по ДМС в загальній структурі здійснених страхових виплат на ринку. Темпи зростання сукупних страхових виплат перевищують зростання страхових виплат по ДМС за період 2001-2004 рр. майже втричі.

Частка страхових виплат у загальній структурі виплат страхових відшкодувань за аналізований період знизилася з 24,6 % у 2002 до 11,7 % у 2004 р.

Наведені статистичні дані свідчать про те, що вирішення проблеми додаткового фінансування охорони здоров'я лише за рахунок добровільного медичного страхування неможливе. Тому вихід вбачається у побудові завершеної системи медичного страхування, яка має забезпечити багатоканальне фінансування охорони здоров'я: за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування та за рахунок коштів добровільного медичного страхування, причому повинні бути розроблені основи їх поєднання.

Базисом для поєднання цих двох елементів, на нашу думку, може стати наступне:

1. Розробка класифікатора медичних послуг.

2. Розробка стандартних та уніфікованих програм ДМС з чіткою і прозорою структурою.
3. Визначеність, конкретність державних зобов'язань та їх фінансове забезпечення.
4. Відмова від фінансування по узагальнених категоріях.

Розробка класифікатора медичних послуг дасть змогу об'єднати гарантований державою перелік медичних послуг, а також послуг, що надаються в рамках програм добровільного медичного страхування. Це об'єднання дозволить раціонально використовувати фінансові ресурси в системі охорони здоров'я. На цій основі оплата страховиків ЛПЗ із епізодичних явищ могла б перетворитися на гарантоване джерело надходжень грошових коштів – “надбудову” до безплатної охорони здоров'я.

Основою системи ДМС повинні стати стандартні, уніфіковані програми страхування, з чіткою і прозорою структурою, зрозумілою кожному. Тому при розробці програм ДМС необхідно враховувати гарантований державою перелік медичних послуг, які надаються безоплатно, – цей перелік на сьогодні потребує посиленої уваги з боку держави, оскільки має ґрунтуватися на обсязі наявних у бюджеті фінансових коштів.

Визначеність, конкретність державних зобов'язань та їх фінансове забезпечення мають досягатися через формування підходів до базової програми медичного забезпечення. Основною метою такого доопрацювання має стати перехід від загальних формулювань до детального конкретизування, які саме медичні послуги, в яких обсягах, в які терміни і в яких саме медичних установах може отримати особа. Основу переліку має скласти диференційований список маніпуляцій, які виконуються в рамках кожної лікарської спеціальності.

Також слід відмовитися від фінансування по узагальнених категоріях, наприклад, за профілем відвідувань, оскільки при таких формулюваннях є неможливим перевірити цільове використання фінансових ресурсів.

При формуванні класифікатора медичних послуг слід враховувати, що не всі послуги надаються в межах гарантованого переліку, а сам перелік може змінюватися залежно від наявності бюджетних коштів, тому послуги, які не входять до гарантованого переліку (Базової програми), надаватимуться через ринок ДМС та платні медичні послуги.

Результатом впровадження єдиного класифікатора медичних послуг стане уникнення подвійної оплати, оскільки конкретні назви медичних послуг дозволять чітко зрозуміти, що саме має оплачуватися за рахунок державних коштів, а що – за рахунок коштів ДМС. Такий підхід дозволить сформувати в країні систему медичного страхування.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Щоб система медичного страхування стала ефективною, необхідно зробити наступне.

*На законодавчому рівні:*

1. Прийняти Закон “Про медичне страхування”, який має регулювати відносини між суб'єктами медичного страхування і буде основою для розробки нормативного забезпечення договірних відносин між страховиками, виробниками медичних послуг (ЛПЗ) та застрахованими (пацієнтами).

Внести зміни до Закону “Про оподаткування прибутку підприємств” в частині запровадження пільг для підприємств, які купують страховий медичний захист для своїх працівників.

Законом України “Про прибутковий податок з громадян” передбачити зменшення доходу, що підлягає оподаткуванню для громадян, які купують поліси ДМС за власний рахунок.

*На рівні галузі охорони здоров'я:*

Розробити базову програму, згідно з якою передбачено перелік медичних послуг, що надаються громадянам безоплатно, виходячи з обсягів державного фінансування;

Розробити класифікатор медичних послуг, що дасть змогу чітко виділити ті медичні послуги, які надаються безоплатно в рамках базової програми державних гарантій, решта за рахунок ДМС або власних коштів пацієнтів.

Прийняти єдині стандарти медичної допомоги.

*На рівні державних органів влади, що здійснюють нагляд за страховою та медичною діяльністю:*

Організувати для комерційних страховиків та медичних закладів конкурентне середовище, створити фонди стимулювання лідерів системи медичного страхування (як страховиків, так і лікувально-профілактичних закладів), розробити механізм застосування штрафних санкцій до медичних закладів за неякісно надані медичні послуги;

Створити незалежні (позагалузові) органи контролю якості медичної допомоги та органи контролю використання коштів медичного страхування на рівні страховиків та надавачів медичних послуг.

### *Список літератури*

1. Про оподаткування прибутку підприємств: Закон України від 28.12.94 № 334/94-ВР зі змінами та доповненнями // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
2. Рудень В.В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України. – 2000. – № 1. – С. 76-87.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Сардинець І.С., Тарасюк В.С., Семків М.П., Козаков Г.К. / За ред. проф. О.М. Голяченка. – Тернопіль: Лілея, 2002. – 152 с.
4. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 174 с.

### *Summary*

In the article the bases of combination of obligatory and voluntarily medical insurance are considered in the completed system of medical insurance. The special attention is concentrated on the analysis of market condition of voluntarily medical insurance.

Отримано 28.09.2005

Нагайчук, Н.Г. Аналіз системи медичного страхування в Україні [Текст] / Н.Г. Нагайчук // Вісник Української академії банківської справи. - 2005. - № 2 (19). - С. 41-46.