

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА

Правові горизонти



Legal horizons

ВИПУСК 9 (22)

Суми – 2018

**SECTION 4
LABOR LAW; SOCIAL SECURITY RIGHT**

**СЕКЦІЯ 4
ТРУДОВЕ ПРАВО; ПРАВО СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

DOI: <http://www.doi.org/10.21272/legalhorizons.2018.i9.p40>

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ



*Камчатний Руслан Олександрович
Навчально-науковий інститут права,
Сумського державного університету*

У статті розглядаються особливості міжнародного досвіду медичного страхування, висвітлено схему взаємовідносин між окремими суб'єктами державного медичного страхування у даній країні та з'ясовуються можливі перспективи його впровадження в Україні. Виокремлено групи країн залежно від їх системи медичного страхування (загальнообов'язкової та добровільної) та її особливості залежно від позиції, яку займає відповідна країна; з'ясовано методи вказаних систем медичного страхування. Здійснено аналіз статистичних даних окремих аспектів медичного страхування на міжнародному рівні, зокрема, фінансового забезпечення та витрат громадян на медичне страхування. Проведено ретроспективний аналіз впровадження систем медичного страхування на міжнародному рівні. На сучасному етапі в умовах євроінтеграції та адаптації вітчизняного законодавства до європейського та міжнародного, проведення медичної реформи, яка має ознаки модерної та відповідає сучасним реаліям, особливо важливим та необхідним є аналіз реалізація медичного страхування на міжнародному рівні. Існуючі засоби оцінки даного питання в переважній більшості базуються на статистичних та аналітичних підходах. Це збільшує можливості існуючих засобів, наприклад, щодо використання різних типів вхідних даних для оцінювання. У статті представлено теоретичний підхід до аналізу проблеми міжнародного досвіду медичного страхування. Запропонований підхід забезпечує виявлення специфіки здійснення медичного страхування у різних країнах, базується на розуміння медичного страхування як дієвого та оптимального механізму медичного забезпечення громадян.

Міжнародний досвід медичного страхування у статті аналізується на прикладі таких держав, як: Сполучені Штати Америки, Німеччина, Франція, Нідерланди, Казахстан, Великобританія, Швеція та Японія. Окремі аспекти досліджуваного питання розглядаються на прикладі більшості держав Європейського Союзу.

Ключові слова: медичне страхування, міжнародний досвід, страхові компанії, охорона здоров'я, фінансові витрати, обов'язкове медичне страхування.

Kamchatny R.O. International experience of medical insurance. The article deals with the peculiarities of international medical insurance experience, the scheme of relations between individual subjects of state health insurance in the given country and the possible prospects of its

implementation in Ukraine. Groups of countries are distinguished depending on their health insurance system (general and voluntary) and its features depending on the position occupied by the country concerned; the methods of these health insurance systems are explained. The analysis of statistical data of some aspects of medical insurance at the international level, in particular, financial support and expenses of citizens for health insurance, is analyzed. A retrospective analysis of the implementation of health insurance systems at the international level has been carried out. At the present stage, in the context of European integration and adaptation of domestic legislation to European and international, the implementation of medical reform, which has signs of modernity and corresponds to modern realities, the analysis of the implementation of medical insurance at the international level is especially important and necessary. Existing tools for assessing this issue in the overwhelming majority are based on statistical and analytical approaches. This increases the capacity of existing tools, for example, to use different types of input for evaluation. The article presents a theoretical approach to the analysis of the problem of international medical insurance experience. The proposed approach provides identification of the specifics of medical insurance in different countries, based on the understanding of health insurance as an efficient and optimal mechanism of medical provision of citizens.

The international medical insurance experience is analyzed in an article by countries such as: the United States of America, Germany, France, the Netherlands, Kazakhstan, the United Kingdom, Sweden and Japan. Some aspects of the issue under consideration are considered by most European Union countries.

Key words: medical insurance, international experience, insurance companies, health care, financial expenses, compulsory health insurance.

Найважливішим елементом соціального, культурного і економічного розвитку держави є показники здоров'я, якості та рівня життя населення. Нестабільність в економічній і соціальній сферах економіки держави посилює роль страхування в забезпеченні фінансової безпеки, сталий розвиток економіки, а також підвищення добробуту населення. У зв'язку з цим, з метою побудови оптимальної організаційної структури та моделі фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, що гарантує доступність і якість медичного обслуговування, стає доцільним виявлення позитивних і негативних тенденцій розвитку медичного страхування.

На сьогодні розгляд окремих аспектів даної теми не набув широких масштабів у вітчизняній історіографії. Разом з тим, не існує спеціального комплексного дослідження по даній проблемі, що має негативне значення для її розгляду. Власне загалом дана проблема не набула достатнього рівня дослідження, що значно ускладнює її розгляд.

Проте все ж існує певний доробок, який складається з праць

А. В. Череп [4], М. М. Бучкевич [5], О. Ювсечко [7], Д. Д. Юрчук [9] та інших.

Загальним для більшості Європейських країн, якщо говорити про державну та недержавну системи страхування здоров'я, є те, що вони націлені на ослаблення фінансового тягаря на

людину в разі її хвороби, а також на способи охоплення цією системою більш широких верств населення.

Сформовані економічні відносини в системі охорони здоров'я в різних країнах фактично відрізняються і визначаються національною культурою, політикою і відомчими інтересами. Однак загальною рисою є вплив державного сектора на систему охорони здоров'я в цілому або забезпечення її фінансування, що дозволяє поширити медичне страхування на всі верстви населення. Головний орієнтир – поліпшення здоров'я населення, тому медична допомога доступна для всіх і в той же час існує гарантія оплати всіх медичних витрат.

Слід зазначити, що більшість західних країн в наші дні знаходяться в пошуку «нової структури рівноваги» між державним фінансуванням і медичним страхуванням, особливо не розраховуючи на особисті кошти громадян. Але яка ж все-таки зацікавленість сторін, що беруть участь у фінансуванні охорони здоров'я? Органи влади зацікавлені скоротити витрати, щоб або знизити податковий тягар на громадян, або використовувати ці кошти в інших цілях. Але, з іншого боку, влада повинна розуміти непопулярність таких заходів і всі їхні наслідки. Громадянам теж хотілося б менше платити податків, але щоб при цьому обсяг, доступність і якість допомоги не знижувалися.

Програми державного страхування в охороні здоров'я фінансуються за рахунок спеціальних внесків або загального оподаткування; внески іноді підраховуються як відсоток від індивідуального доходу, будучи, таким чином, елементом фінансового перерозподілу.

Державне страхування підтримується урядом або в формі прямих субсидій з центральних фондів, або шляхом контролю за цінами на медичні послуги, або за допомогою пільгового оподаткування. Недержавне страхування також іноді отримує пільги по оподаткуванню.

Недержавні медичні страхові компанії – приклад звичайної страхової корпорації, в якій приватні компанії конкурують між собою з тим, щоб задовольнити потреби своїх клієнтів шляхом ефективного страхування ризику. Критерієм їх успіху є довгострокова рентабельність, зростання їх репутації і фінансова стабільність. Звичайно, не вони, головним чином, є гарантом соціальної стабільності, але в ряді країн саме вони і відіграють важливу роль, замінюючи частково або навіть повністю державні програми. Приватні страхові компанії, в залежності від складних умов і індивідуальних потреб клієнта, можуть запропонувати повне відшкодування витрат, пряму оплату медичним установам, додаткові послуги до страхування за державними програмами або пільги при щоденній оплаті за рахунок власних коштів пацієнта. Вони можуть продавати страховку своїм клієнтам безпосередньо або робити це через клуби, профспілки, а можуть продавати і роботодавцям для своїх працівників [1].

Сьогодні формуються 3 ключових типи фінансування охорони здоров'я: національний, за допомогою обов'язкового і добровільного медичного страхування та гібридна модель. Необхідно відзначити, що дані типи окремо фактично не використовуються у чистому виді у жодній країні, проте в окремих державах один з них здатний використовувати домінуючі позиції. Таким чином, наприклад, у Великобританії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії переважає національна концепція фінансування. У таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, у той час як у Сполучених Штатах Америки (далі – США) переважає змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% населення користується послугами приватних страхових компаній [9].

Європейські країни з розвинутою системою страхової медицини витрачають близько 10 – 11% валового внутрішнього продукту (далі –

ВВП) щорічно на охорону здоров'я, тоді як в США з ліберальною системою охорони здоров'я та з широким застосуванням приватної оплати медичних послуг витрати становлять близько 14% від ВВП при аналогічній якості медичних послуг.

Модель обов'язкового медичного страхування в Німеччині стабільно існує і розвивається не один десяток років, має специфічні принципи побудови і її досвід заслуговує на увагу.

Для роботи в багаторівневій системі медичного страхування необхідно поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування. Згідно із законодавством Німеччини, близько 90% всього населення охоплено обов'язковим медичним страхуванням. Лише на незначну частину жителів країни (в основному це особи з високими стабільними доходами), не поширюється обов'язок в силу закону страхувати своє здоров'я. Якщо застрахований у лікарняній касі хоче отримувати розширений в порівнянні з програмою обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС) обсяг медичних і сервісних послуг, він може укласти зі страховою компанією договір додаткового медичного страхування.

Досвід Німеччини показує, що система ОМС ефективно функціонує при наявності трьох суб'єктів страхування (страхувальника, страховика – лікарняної каси – медичного закладу). У класичній моделі ОМС, використовуваної в Німеччині, страхові лікарняні успішно поєднують функції по закріпленню на обслуговування населення, збору та акумуляції страхових внесків, укладання договорів на медичне обслуговування своїх застрахованих з лікувальними установами і лікарями приватної практики, а також безпосередньо оплачують медичним установам вартість наданих громадянам медичних послуг [2].

Франція дотримується модифікації, поряд якою будь-який обиватель повинен застраховувати згідно з програмами приватного страхування, оскільки уряд і концепція ОМС компенсують лише 75-80% витрат в терапію (подібну систему іноді називають «доповнює»). Існуюча система ОМС, крім того, не охоплює як застрахованої все населення.

Обов'язкове медичне страхування у світі базується на створенні недержавних страхових фондів через розрахунок невід'ємних платежів з осіб, що працюють за договором найму і наймачів при неповному субсидуванні з боку уряду. Через розрахунок даних грошей і оплачуються медичні послуги.

У даному виді страхування застосовуються два способи. У Німеччині та Нідерландах функціонує правило надання послуги. Дане означає, що хворий обслуговується безоплатно, так само як в державах із загальнодержавною концепцією охорони здоров'я. пацієнт тільки зобов'язаний надати доказ про страхування. У Бельгії, Франції і Люксембурзі практикується інше правило – компенсація витрат. Слідом за тим застрахований хворий повинен спочатку безпосередньо заплатити за медичні послуги. А після вони стануть компенсовані цілком або частково відповідно до тарифів, що передбачені лікарняними касами [3].

«Показовим» для України є приклад медичного страхування в Казахстані. Зокрема, практичне використання обов'язкового медичного страхування в Казахстані продемонструвало ситуацію, коли система обов'язкового медичного страхування без участі в ній страхових компаній стає суто державною обюрокованою структурою, для якої нехарактерна мобільність і гнучкість. Вона неодмінно стає «годовницею» для чиновників різного рангу і тому є неефективною. При такій системі зіштовхуються фінансові та владні інтереси двох державних систем – охорони здоров'я та обов'язкового медичного страхування. Міністерство охорони здоров'я, обласні та міські відділи охорони здоров'я, як власники лікувально-профілактичних закладів, можуть створити ситуацію, при якій ця система з часом стане лише фінансовим додатком Міністерства охорони здоров'я. При цьому, неучасть у структурі обов'язкового медичного страхування страхових компаній – професійних страховиків, різко загострюватиме протиріччя між добровільним та обов'язковим медичним страхуванням. Страхові компанії постійно будуть піддаватися нападкам та обструкції з боку державних структур, вони стануть крайніми при неминучому дефіциті державного фінансування. Головних лікарів державних лікувально-профілактичних закладів будуть переслідувати та піддавати нападкам за передачу страховим компаніям в оренду частину ресурсів для добровільного медичного страхування. За такого варіанту неминуче різке зростання прямих платних послуг медичним працівникам та медичним закладам, які, безперечно, не влаштуватимуть населення [4, с. 18].

Англія застосовує для людей держави практично вкрай концепцію бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює його державний характер з високим ступенем централізації управління. Економна модель передбачає

субсидування охорони здоров'я з єдиних податкових надходжень в урядовий держбюджет і є доступною для всіх верств населення. Разом із тим, переважна кількість медичних закладів належить державі, керівництво реалізують центральні та місцеві апарати згідно ієрархічного принципу. Система Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) країни базується, в основному, на національній оплаті і орієнтована на здійснення повноцінної загальнодоступної медичної допомоги. Система медичного страхування також приєднана до здобутку медичної допомоги. Приватне медичне страхування у Великій Британії включає загалом ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13 % населення [5, с. 181].

Один з найвищих в суспільстві рівнів життя має Швеція, в якій страхові закони у сфері медицини були прийняті у 1898 р. Загальне невід'ємне медичне страхування заведено в 1955 р. Воно охоплювало всіх громадян віком до 16 років. Державна концепція соціального страхування – єдина і невід'ємна лише для жителів держави. Самостійне медичне і стоматологічне страхування є його невід'ємною компонентою. Керівництво системою проводиться 26 регіональними сервіс-бюро соціального страхування. Управління їх роботою здійснює Державний Комітет соціального страхування. Витрати на суспільне благополуччя отримуються через розрахунок 25% бюджету центрального уряду, 26% витрат покладаються на муніципальні та окружні ради і 48% витрат виплачують працедавці. Загалом, на охорону здоров'я та медичну допомогу 18% коштів – це дотація уряду, 51% – місцеві органи влади, 31% – працедавці. Однією зі своєрідних властивостей шведської концепції страхування видається надання врятованими до страхових компаній власних юридичних прав щодо медичного страхування [6, с. 43].

У Сполучених Штатах Америки немає обов'язкового медичного страхування всіх жителів. Витрати на терапію, що забезпечуються страховими фірмами та урядом, наприкінці 90-х рр. XX ст. були розраховані в 70 % від загальних коштів медичних витрат жителів, що дорівнювало 440 мільярдам доларів, враховуючи витрати приватних страхових фірм більше 30% цієї суми.

Працюючих згідно найму страхують роботодавці. Невід'ємне медичне страхування виповнюється двома типами страхових фірм, що

функціонують на неприбутковій і дохідній підставах. Велика частина американців набувають лікарську страховку зі свого місця роботи або місця роботи іншого члена подружжя. Такого роду тип страхування іменується груповим і представляється найбільш недорогим. У численних варіантах наймач оплачує тільки частину витрат. Окремі працедавці пропонують на розгляд кілька проектів на підбір, в інших компаніях співробітникам передбачається тільки єдиний страховий проект. У разі, якщо працедавець не надає пропозицій медичного страхування або запропоноване страхування покриває частину послуг, в такому випадку є ймовірність отримання персонального проекту.

Мережа національних лазаретів для військових надає безоплатну медичну підтримку військовим і ветеранам війни. Ті, хто не має обов'язкового медичного страхування, мають можливість придбати поліси добровільного медичного страхування. У страхових фірмах США клієнти по медичному страхуванню зобов'язані частково вносити плату витрати у затверженому (від 50 до 250 доларів) або частковому (20%) обсягах. У страховій термінології дане відповідає використанню безумовної франшизи [7].

В Японії є бальна концепція оплати медичних послуг, згідно з якою будь-яке консультування, дослідження, експлуатаційне вторгнення оцінюються в балах. Ціни неподільні на території всієї країни і характеризуються присутністю двох проектів неодмінного медичного страхування: загальнодержавної та соціальної; охопленням медичним страхуванням

всіх, хто функціонує в фірмах з кількістю зайнятих осіб від 5 і більше, а крім того членів їх сімей; нарахування страхових премій (внесків) зі звичайного помісячного окладу; аитрати на охорону здоров'я в країні складають лише приблизно 6,6% ВВП. Всі медичні організації представляються незалежними системами. 80% клінік належить лікарям приватної практики. У нинішній період медичні послуги Японії фінансуються, в основному, через розрахунок фондів страхування здоров'я. Підтримка надається у варіанті грошових виплат і заохочувальної медичної підтримки. Найбільший обсяг пільг здатний сформувати аж до 90% ціни лікування (10% виплачують самі хворі). Пільги для утриманців не перевищують 70% вартості медичного обслуговування. Присутність в лікувальному закладі як самих застрахованих, так і їх утриманців, оплачують на 70%, решту необхідних коштів хворий виплачує готівкою при отриманні медичних послуг. Разом із тим, у випадку досить високої вартості лікування хворому відшкодовуються витрати понад введений максимум. У повній мірі за кошти хворого оплачуються медикаменти, безперервна турбота власної медсестри, лікування в палаті без інших пацієнтів [8, с. 4].

На сьогодні питання міжнародного досвіду медичного страхування має певні проблеми та недоліки, які потребують нагального вирішення. Отже, питання міжнародного досвіду медичного страхування передбачає висвітлення низки питань, що дозволяють більш змістовно зрозуміти досліджувану проблему.

Література:

1. Медицинское страхование : опыт зарубежного здравоохранения [Електронний ресурс] // РосМедСтрах. – Режим доступу : <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=305&srch=1>
2. Зарубежный опыт организации медицинского страхования [Електронний ресурс] // Финансовая аналитика. – Режим доступу : <http://www.bankpartition.ru/baiss-726-1.html>
3. Зарубежный опыт медицинского страхования [Електронний ресурс] // Talkbanks. – Режим доступу : <http://www.talkbanks.ru/lbas-426-1.html>
4. Череп А. В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А. В. Череп // Сталий розвиток економіки. – 2013. – № 2. – С. 17-23
5. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М. М. Бучкевич // Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України : збірник науково-технічних праць / Національний лісотехнічний університет України. – Львів, 2011. – Вип. 21.10. – С. 178-183
6. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування / В. Нонко, Т. Стецюк // Главний врач. – 2002. – № 4. – С. 42-44

7. Ювсечко О. Зарубіжний досвід розвитку медичного страхування та можливості його використання в Україні [Електронний ресурс] / О. Ювсечко // Науковий блог НаУ «Острозька академія». – 30.06.2010. – Режим доступу: <https://naub.oa.edu.ua/2010/zarubizhnyj-dosvid-rozvytku-medychnoho-strahuvannya-ta-mozhlyvosti-joho-vykorystannya-v-ukrajini/>
8. Філіпенко А. В. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу / А. В. Філіпенко, Ю. О. Ольвінська // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень: матер. конф. – Одеса, ОНЕУ. – С. 91 – 97
9. Юрчук Д. Д. Зарубіжний досвід медичного страхування та можливості реалізації в Україні [Електронний ресурс] /
10. Д. Д. Юрчук, Б. В. Федінчук. – 2011. – Режим доступу: http://www.rusnauka.com/2_KAND_2011/Economics/77868.doc.htm