

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Головною метою соціального розвитку в кожній державі є збереження здоров'я людини, попередження розвитку хвороб та інвалідності, оскільки у системі людських цінностей здоров'я має особливе значення – при його втраті або суттєвому погіршенні все інше позбувається свого сенсу. Здоров'я громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, і є важливим соціальним критерієм ступеню розвитку і благополуччя суспільства.

Відповідно до Конституції України, людина, її життя і здоров'я є найвищою соціальною цінністю, кожна людина має невід'ємне право на життя і право, на захист свого життя та здоров'я, зокрема, на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я повинна стати в державі однією із життєзабезпечуючих галузей.

Рівень медичної та медикаментозної допомоги, яка сьогодні надається в Україні, не сприяє можливості мати здорову націю в майбутньому. Статистичні дані Міністерства охорони здоров'я свідчать про зменшення захворюваності у абсолютному вимірі за останні п'ять років (див. табл. 1) [11]. Проте, зважаючи на зменшення чисельності населення України, ці показники залишаються сталими у співвідношенні із загальною чисельністю населення та залишаються досить значними.

Так, згідно табл. 1, хоча загальна кількість захворювань з діагнозом встановленим вперше в житті зменшилась на 426 тис. випадків або на 1,3% у 2011 р. по зрівнянню з 2007 р., у відсотках до загальної чисельності населення, цей показник збільшився на 0,3 пункти.

Аналогічно, як позитивний момент, спостерігається зменшення кількості відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома на 13,5 млн. випадків або 2,7% у 2011 р. по зрівнянню

з 2007 р., кількості викликів швидкої допомоги на 956,5 тис. випадків (7,1%) та зменшення кількості осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади на 153,5 тис. осіб (1,5%). У відсотках до загальної чисельності населення ці показники майже не змінились і складають у 2011 р. 1058,7%, 27,4% та 22,5% відповідно.

Таблиця 1

Динаміка показників загальної захворюваності в Україні*

Показники	Одиниці виміру	Роки					2011 до 2007, %
		2007	2008	2009	2010	2011	
1. Загальна чисельність населення	млн. осіб	46,6	46,4	46,1	46,0	45,8	98,3
2. Зареєстровано захворювань з діагнозом встановленим вперше в житті	тис. випадків	32807	32467	33032	33080	32381	98,7
- у % до загальної чисельності населення	—	70,4	70,0	71,7	71,9	70,7	—
3. Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома	млн.	498,4	497,3	491,8	494,5	484,9	97,3
4. Кількість осіб, яким надано допомогу амбулаторно та під час виїздів швидкої медичної допомоги	тис. осіб	13906,6	13877,4	13521,2	13432,9	12808,7	92,1
5. Кількість викликів швидкої допомоги	тис. випадків	13488,3	13163,6	12972,2	12924,6	12531,8	92,9
6. Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади	тис. осіб	10446,4	10391,3	10258,5	10453,7	10292,9	98,5
- у % до загальної чисельності населення	—	22,4	22,4	22,3	22,7	22,5	—

* Розраховано за даними Державної служби статистики України

На фоні зростання захворюваності бюджет держави не забезпечує основні потреби охорони здоров'я. Не дивлячись на те, що видатки на охорону здоров'я щороку зростають (див. табл. 2), їх доля у видатках зведеного бюджету України та структурі ВВП майже не змінюється.

Таблиця 2

Видатки на охорону здоров'я Зведеного бюджету України (у фактичних цінах)*

Показник	Один. виміру	Роки					2011 до 2007, %
		2007	2008	2009	2010	2011	
Видатки на охорону здоров'я	млн. грн.	26717,6	33559,9	36564,9	44745,4	48714,2	182,3
Видатки Зведеного бюджету України, всього	млн. грн.	226054,4	309203,7	307399,4	377842,8	416360,7	184,2
Видатки на охорону здоров'я, % до видатків Зведеного бюджету	%	11,8	10,9	11,9	11,8	11,7	–
Валовий внутрішній продукт	млн. грн.	720731	948056	913345	1082569	1316600	182,7
Видатки на охорону здоров'я, % до ВВП	%	3,7	3,5	4,0	4,1	3,7	–

* Розраховано за даними Державної служби статистики України

При відносно невисокому рівні ВВП останніми роками в Україні на охорону здоров'я виділяється близько 3,7%, тоді як припустимий рівень за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я – 5%.

Сучасний стан державної охорони здоров'я в нашій країні характеризується низьким рівнем фінансування, зношеною матеріально-технічною базою і як результат – невисокою якістю медичного обслуговування. В умовах значного зростання нелегальної оплати за медичні послуги в Україні для переважної кількості громадян настання хвороби або загострення наявних хвороб стає трагедією подальшого життя через відсутність коштів на лікування. Пошук шляхів подолання цих основних проблем системи охорони здоров'я України спонукає до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країнах світу.

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 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. Поєднуючи бюджетне фінансування і додаткове фінансування медичної допомоги на страховій основі громадяни завжди можуть отримати безплатну медичну допомогу за рахунок незначної частки бюджетного фінансування, а решта – за рахунок добровільного медичного страхування, яке є формою соціального захисту населення (рис. 1) [4, с.494].

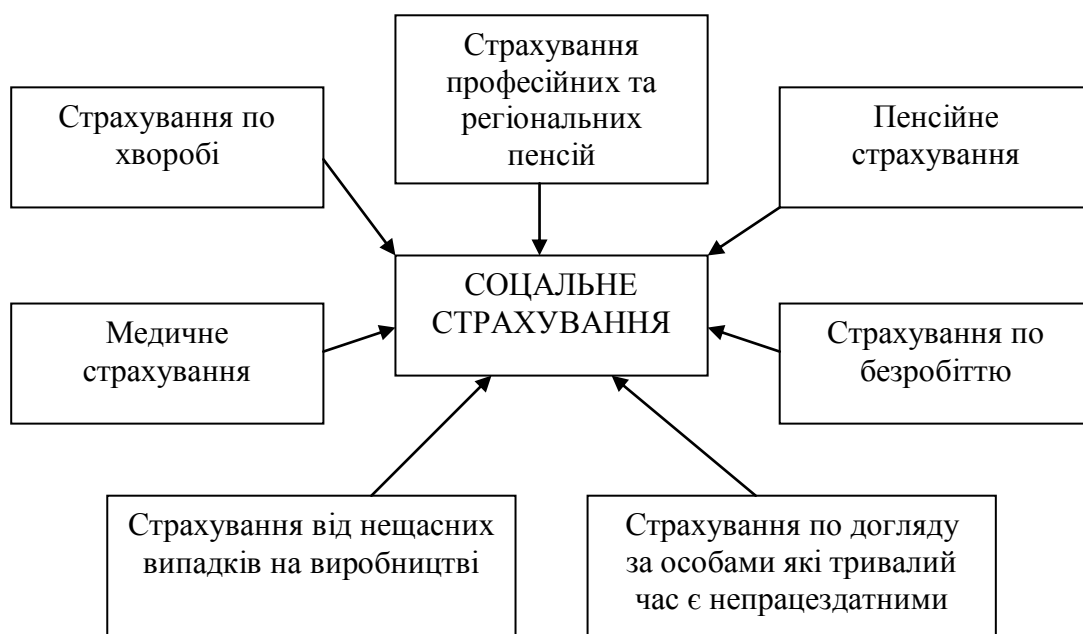


Рис. 1. Складові соціального страхування

Справа в тому, що забезпечуючи стабільність якості життя, зокрема її підтримання на необхідному рівні та відновлення, система страхування опосередковано (через якість) пов'язана зі здоров'ям населення. Страхування здоров'я включає як страхування медичних витрат, так і страхування ризиків, пов'язаних із шкідливим для здоров'я впливом різних несприятливих факторів. Таким чином, страхування здоров'я належить до комплексного страхування.

На сьогодні охорона здоров'я існує в трьох формах: державна охорона здоров'я; платна медицина; добровільне медичне страхування [3, с. 87].

В західних країнах з розвинутим медичним страхуванням, воно виявило ряд переваг перед бюджетним фінансуванням: по-перше, забезпечувались більш вагомі позиції охорони здоров'я в системі суспільних пріоритетів (кошти охорони здоров'я були захищені від зазіхань більш могутніх відомств); по-друге, між споживачем (пацієнтом) та виробником (лікарем, медичним закладом) з'явився посередник – страхова компанія, що забезпечило незалежний, більш ефективний контроль за діяльністю медичних установ, за якістю та ефективністю медичної допомоги. Причому цей контроль ґрунтувався не на адміністративних, а на економічних засадах.

Страхова медицина – це складна і надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин в галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентноспроможна гарантована якісна і достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я, а «покупцем» її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності) або фізичні особи, які знаходяться в умовах ризику для здоров'я.

Медичне страхування – це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини. Під медичним страхуванням з економічної точки зору необхідно розуміти систему заходів по створенню спеціального грошового фонду, з якого відшкодовуються витрати на медичні послуги, утримання хворих у лікувально-профілактичних закладах та інші матеріальні збитки, що пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності та порушенням соціальної активності людини [7, с. 81].

На основі аналізу значної кількості визначень медичного страхування, що надаються науковцями, пропонуємо власне визначення у наступній редакції: «медичне страхування – це економічні відносини між суб'єктами страхування з приводу формування та розподілу грошових фондів, створених для відшкодування витрат громадян при виникненні страхового випадку

отримання медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я, визначених договором страхування або чинним законодавством».

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги (встановлення діагнозу захворювання, захворювання у зв'язку із травмою тощо) та на лікування (перебування в лікарні, хірургічні витрати, витрати на післяопераційний догляд тощо).

Мета медичного страхування – гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку право на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів, а також підвищення якості та розширення обсягу медичної допомоги населенню за рахунок:

- радикального збільшення асигнувань на охорону здоров'я;
- економічної зацікавленості та підвищення відповідальності медичних робітників за кінцеві результати своєї діяльності;
- зацікавленість підприємців у здоровому працівнику;
- економічної зацікавленості самого населення у збереженні здоров'я.

Основними принципами медичного страхування в світі є:

- 1) доповнення у більшості країн світу державну систему охорони здоров'я;
- 2) забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення;
- 3) страхова медицина – це медицина вільного вибору для пацієнта;
- 4) гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу;
- 5) вимагання нових форм управління;
- 6) відстоювання запровадження системи медичного страхування переважно медичними працівниками, які вбачають у цьому поліпшення свого соціального становища;

7) за будь-яких обставин застрахованому забезпечується медична допомога при ризику здоров'я, від якого він застрахований.

Основними завданнями медичного страхування є:

1) посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню;

2) контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними та соціальними закладами і окремими приватними лікарями;

3) розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди (медичні організації), які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Медичне страхування трактується як система економічних відносин і тому характерним для нього, як системи, є наявність декількох суб'єктів. Суб'єктами медичного страхування виступають страховики, страхувальники, застраховані та медичні заклади [9, с. 235].

Страховиками визнаються юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі акціонерних, повних або командитних товариств у відповідності з чинним законодавством країни для здійснення страхової діяльності, а також отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення цієї діяльності.

Страхувальниками визнаються юридичні особи та працездатні громадяни, які уклали зі страховиками угоди страхування або є ними у відповідності з законодавчими актами країни (їх ще називають застрахованими). При обов'язковому медичному страхуванні страхувальником непрацюючого населення є місцеві адміністрації, працюючого – підприємства та роботодавці. Особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, платять внески обов'язкового медичного страхування самостійно. Працівники некомерційних організацій забезпечуються коштами із фінансових ресурсів бюджету чи засновників.

При добровільному медичному страхуванні в ролі страхувальника виступають підприємства, громадські, благодійні організації та фонди, інші юридичні особи, а також громадяни, що мають громадську дієздатність, сплачуючи страхові внески.

Застрахований – це особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чиє життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту. Застрахована особа несе відповідальність за зловмисне приховування при укладанні угоди добровільного медичного страхування уже наявного захворювання. Якщо застрахований сам оплачує свої страхові внески, то він одночасно є і страхувальником, що буває при приватному добровільному медичному страхуванні.

Важливою особливістю медичного страхування, за якою воно відрізняється від інших видів страхування, є те, що медичне страхування – єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами. Ці послуги надає четвертий суб'єкт медичного страхування – медичний заклад і медичні працівники, що працюють у цьому закладі.

Медичні заклади, що надають послуги застрахованим, можуть бути різних форм власності. Вони є самостійними суб'єктами господарювання та укладають угоди з медичними страховими організаціями (страховиками) і працюють у відповідності з ними. Медичні заклади зобов'язані надавати застрахованому допомогу і послуги в обсягах, видах, формах та за умовами, визначеними медико-економічними стандартами лікування, які включені в програму медичного страхування; подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

Основними джерелами компенсації фінансових витрат на медичне забезпечення населення країн світу є страхування здоров'я, форми якого дуже різноманітні. Вони різняться за джерелами і умовами фінансування, переліком медичних послуг, організаційними формами їх надання тощо. Як

правило, в кожній країні функціонує декілька джерел фінансування страхування здоров'я.

У ряді розвинутих країн функціонують розгалужені системи медичного страхування, які охоплюють значні контингенти населення, що включають промислових і сільськогосподарських працівників, службовців і членів їх сімей, тих хто навчається, дрібних підприємців тощо. Усі ці системи широко використовуються сьогодні в більшості країн Західної Європи, в Північній Америці, Австралії, Ізраїлі, Новій Зеландії, Японії. Достатньо розвинуті системи медичного страхування також в деяких країнах Латинської Америки, Близького Сходу та Азії.

У всіх країнах використовуються ті чи інші форми й види медичного страхування як добровільного так і обов'язкового і лише такі економічно розвинуті країни як Великобританія, Швеція, Швейцарія, Канада, Австралія можуть дозволити собі мати державну систему фінансування охорони здоров'я, але навіть в цих економічно розвинутих країнах присутні системи добровільного медичного страхування. Для України є корисним досвід у впровадженні та функціонуванні медичного страхування таких європейських країн як Великобританія, Франція, Бельгія, Швейцарія де існує обов'язкове соціальне медичне страхування, а добровільне медичне страхування діє як особисте і покриває додаткові ризики.

Законом України «Про внесення змін до Закону України про страхування», прийнятим 4 жовтня 2001 р., регламентується ст. 6, 7 здійснення медичного страхування в двох формах – обов'язковій і добровільній [2].

Обов'язкове медичне страхування хоча і зазначене першим у переліку обов'язкових видів страхування, проте ще не діє, тому що в Україні ще не прийнято закону про медичне страхування. Очікується, що обов'язкове медичне страхування в Україні набуде ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі «багатий платить за бідного, здоровий – за хворого, молодий – за особу похилого віку».

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є частиною системи соціального страхування і виступає основною формою медичного страхування в країнах з ринковою економікою. Населенню, яке підлягає обов'язковому медичному страхуванню, держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги, незалежно від величини фактично виплачених сум страхового внеску. Отримати таку медичну допомогу, застрахований за програмою обов'язкового медичного страхування, може на всій території держави, в тому числі і за межами постійного місця проживання, з подальшими взаєморозрахунками між страховими організаціями згідно з тарифами, затвердженими для взаєморозрахунків.

Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані фізичними 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 тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах: загальності, державності, некомерційності. Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування – це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування не може бути засобом збагачення, а є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування [9, с. 234].

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують

страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частина 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 закладається програма обов'язкового медичного обслуговування. Ця програма визначає обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися (наприклад, забезпечення медико-санітарної допомоги (швидка медична допомога, діагностика і лікування в амбулаторних умовах разом з невідкладною і долікарською допомогою) та стаціонарної допомоги).

При обов'язковому медичному страхуванні передбачається укладання певних угод щодо відносин між його суб'єктами:

- угоди про фінансування між страхувальником, територіальним фондом обов'язкового медичного страхування і страховою медичною організацією на користь громадянина для оплати медичної допомоги в рамках територіальної програми обов'язкового медичного страхування;

- угоди між страховою медичною організацією та медичними закладами про оплату послуг в межах обов'язкового медичного страхування.

Громадянину в такому разі видаватиметься страховий поліс, який дасть право на отримання медичної послуги, яка входить до програми обов'язкового медичного страхування, у будь-якому лікувально-профілактичному закладі, що працюватиме в системі обов'язкового медичного страхування на території України.

Передбачувані основні джерела фінансування обов'язкового медичного страхування схематично подано на рис. 2 [6, с. 104].

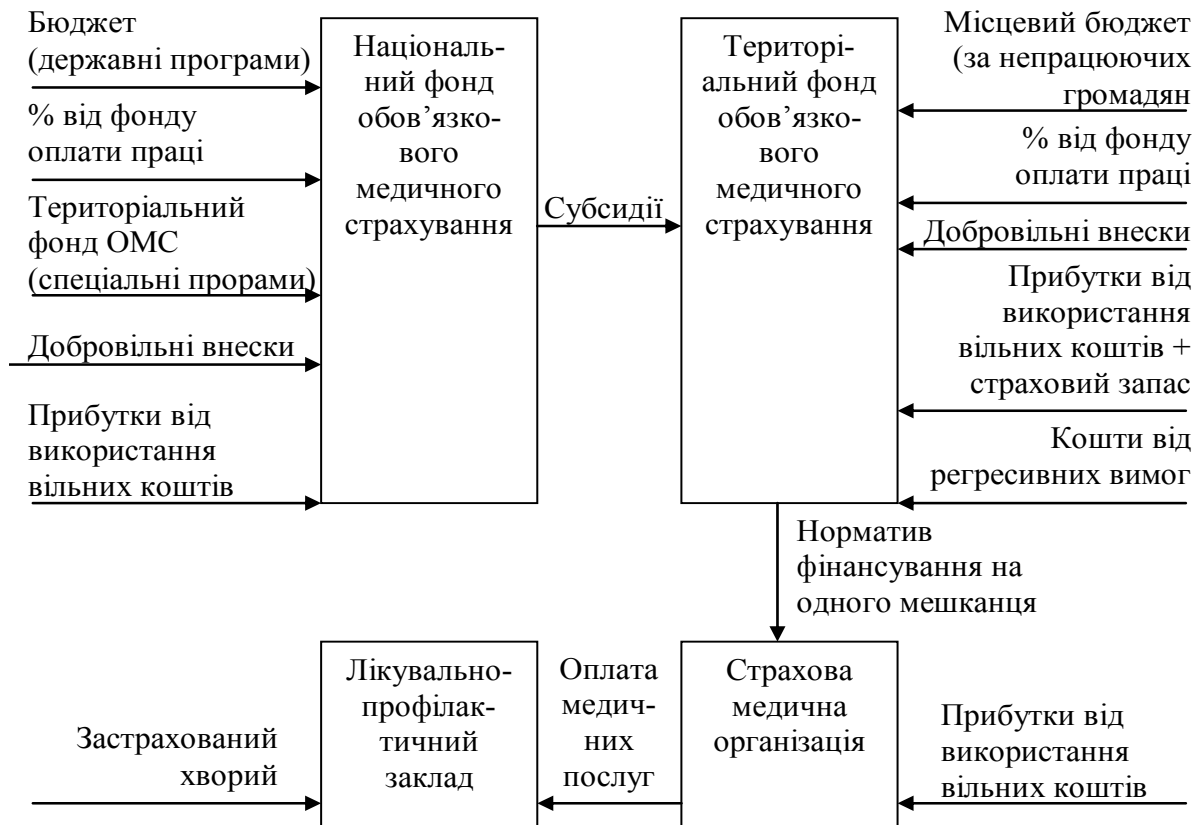


Рис. 2. Схема фінансування при обов'язковому медичному страхуванні

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.

Добровільне медичне страхування (ДМС) являє собою сукупність видів страхування, що передбачають обов'язки страховика за страховими виплатами в розмірі часткової або повної компенсації додаткових витрат застрахованого, викликаних його зверненням в медичний заклад за медичними послугами, що включені у визначену програму медичного страхування [10, с. 313].

Добровільне медичне страхування згідно із ст. 6 Закону України «Про внесення змін до Закону України про страхування», від 4 жовтня 2001 р., здійснюється як медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби і страхування медичних витрат [2].

Безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого (включаючи й аптечне), стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу. Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби (хвороб), яка зазначається в договорі страхування. Страхування здійснюється на випадок настання тимчасової втрати працездатності, первинної інвалідності або смерті застрахованої особи внаслідок хвороби, передбаченої Програмою страхування. Страхування медичних витрат передбачає відшкодування медичних витратами застрахованої особи, а також її додаткових витрат, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку (витрати на лікування, транспортування, репатріацію тіла тощо).

При добровільному медичному страхуванні укладаються два види угод:

1) між страхувальником і страховою медичною організацією на користь громадянина (якщо страхувальник – юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника);

2) між страховою медичною організацією і медичними закладами, в які при наявності страхового випадку має право звернутися громадянин.

Схема фінансування при добровільному медичному страхуванні подана на рис. 3 [6, с. 103].

Добровільне медичне страхування провадиться в межах створених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів. При колективному страхуванні страхувальником, як правило, є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо). Фінансовою основою

здійснення колективної форми страхування виступають страхові внески юридичних осіб.

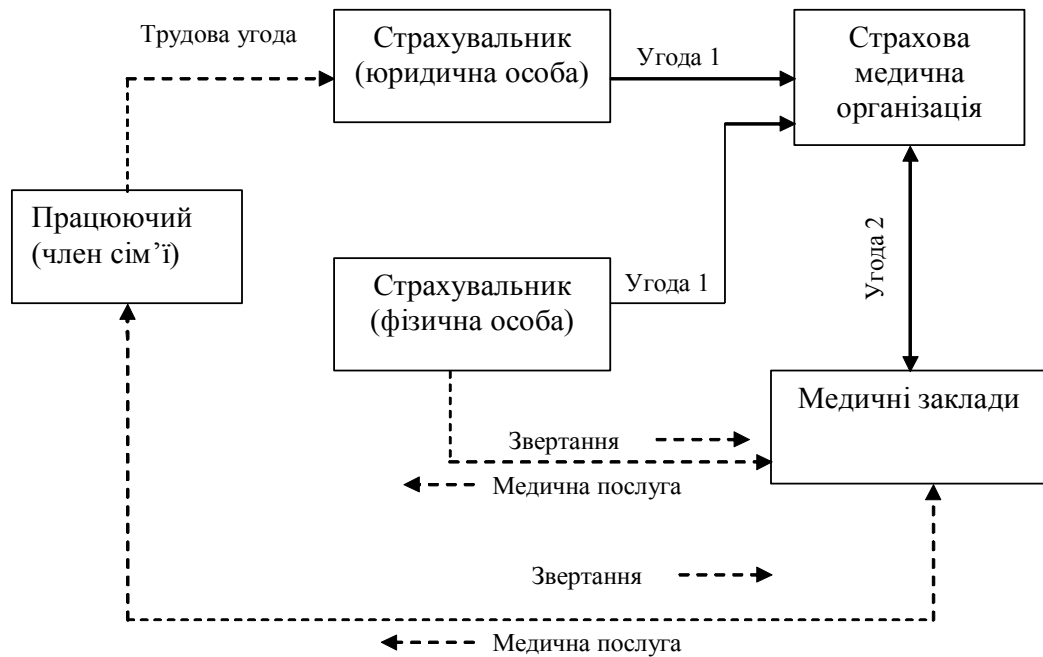


Рис. 3. Схема фінансування при добровільному медичному страхуванні

За строками укладання договору добровільне медичне страхування може бути короткостроковим або довгостроковим. Може бути іноді й пожиттєвим.

Добровільне медичне страхування може здійснюватись як додаткове медичне страхування при наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійний вид страхування. Найбільш розвинуте добровільне медичне страхування на комерційній основі в країнах з ліберальною ринковою економікою.

Добровільне страхування здійснюється на основі договору між страховальником і страховиком. Ним, як правило, охоплюються ті юридичні та фізичні особи, які не підпадають під обов'язкове страхування і бажають застрахуватись. Правила добровільного страхування, які визначають загальні умови і порядок його проведення, встановлюються страховиком самостійно у

відповідності з положенням закону, а конкретні умови страхування визначаються при укладанні договору страхування.

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 дістати консультативну, профілактичну або іншу допомогу, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договором страхування. Документами, що підтверджують настання страхового випадку є документи, які підтверджують факт отримання застрахованою особою медичної допомоги у медичному закладі (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, рахунок медичного закладу, рецепти, лікарняний лист, довідка медичного закладу щодо терміну лікування та діагнозу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу та інші документи на вимогу страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку). За умови визнання факту настання страхового випадку, страховик проводить страхову виплату відповідно до умов договору страхування.

Договір добровільного медичного страхування включає перелік умов, за яких страховик має право не виконувати свої зобов'язання зі страхової виплати. Страховик управі 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 завдання собі тілесних пошкоджень. Крім того, страховик має право відмовити в оплаті медичних послуг, якщо застрахованим одержані послуги, які не були передбачені договором страхування [1, с. 243].

У сучасному добровільному медичному страхуванні набувають поширення диференційовані програми страхування, в які за вибором застрахованих, включаються такі елементи, як профілактичне страхування з

метою оплати профілактичних та спортивно-оздоровчих послуг, страхування на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, страхування життя. Таким чином, комплексне (повне) медичне страхування здоров'я громадян передбачає:

- 1) лікарняне страхування (стаціонарне і амбулаторно-поліклінічне, що включає і оплату оперативних втручань);
- 2) медикаментозне страхування (забезпечення лікарськими засобами за рахунок страхових фондів);
- 3) стоматологічне страхування;
- 4) профілактичне страхування;
- 5) реабілітаційне страхування;
- 6) страхування від нещасних випадків та травм;
- 7) страхування на випадок тимчасової непрацездатності;
- 8) страхування на випадок тривалої непрацездатності;
- 9) репродуктивне страхування жінок;
- 10) страхування життя [7, с. 87].

Перераховані види медичного страхування найбільш широко використовуються приватними страховими компаніями для створення привабливих для клієнтів різних страхових програм. Конкретні страхові ставки добровільних страхових внесків базуються на добровільній основі з урахуванням зацікавленості сторін та на оцінці ймовірності захворювань. Страховик встановлює шкалу ставок внесків при індивідуальному страхуванні з урахуванням віку, статі, стану здоров'я, умов праці та побуту, місця проживання, інших факторів ризику здоров'я. У разі неповного чи неякісного надання медичних послуг, передбачених страховим планом, страховик повертає застрахованому суми грошей, передбачених договором.

Для функціонування ДМС в нашій країні вже існує достатньо передумов, серед яких можна виділити основні такі, як щорічне зростання рівня доходів населення; процеси трансформації економіки, що обумовлюють зростання вартості медичної допомоги, зв'язок між попитом на

якісні медичні послуги та їх пропозицією і, відповідно, функціонування приватних медичних закладів. Особливо варто відмітити передумови, що склались на національному страховому ринку. Останні роки відзначились прискоренням темпів розвитку страхового ринку взагалі, і ринку страхових медичних послуг зокрема.

Розвиток ринку добровільного медичного страхування і його частку на ринку страхових послуг України можна визначити на основі табл. 3.

Таблиця 3

Частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2007	2008	2009	2010	2011
1. Валові страхові премії всього, в т.ч.	млн. грн.	18008,2	24008,6	20442,1	23081,7	22693,5
- добровільне медичне страхування	млн. грн.	690,5	932,6	1074,5	1252,1	1656,5
- частка добровільного медичного страхування	%	3,8	3,9	5,3	5,4	7,3
2. Страхові виплати всього, в т. ч.:	млн. грн.	4213,0	7050,7	6737,2	6104,6	4864,0
- добровільне медичне страхування	млн. грн.	393,8	540,8	665,8	754,8	889,7
- частка добровільного медичного страхування	%	9,3	7,7	9,9	12,4	18,4
3. Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя)	млн. грн.	15764,8	20879,3	17295,2	19402,7	18046,7
- частка добровільного медичного страхування	%	4,4	4,5	6,2	6,5	9,2
4. Страхові виплати з добровільних видів страхування (крім життя)	млн. грн.	3876,0	6464,2	6005,0	5185,0	3708,1
- частка добровільного медичного страхування	%	10,2	8,4	11,1	14,6	24,0

* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг

Так, частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України неухильно зростає і склала у 2011 р. 7,3% у валових страхових преміях за всіма видами страхування та 9,2% у валових страхових преміях з

добровільних видів страхування (крім життя). У 2000 р. частка ДМС складала 3% загального ринку страхування.

Розглянемо детальніше структуру добровільного медичного страхування в розрізі правил добровільного медичного страхування у 2010 р. (табл. 4).

Таблиця 4

Показники ринку добровільного медичного страхування у 2010 р.

Показники	Одиниці виміру	Безперервне страхування здоров'я	Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхування медичних витрат	Всього
1. Валові надходження страхових платежів	млн. грн.	878,1	144,2	229,8	1252,1
- в т. ч. від страхувальників-громадян**	млн. грн.	343,0	112,0	156,7	611,7
2. Частка коштів страхувальників-громадян у платежах	%	39,1	77,7	68,2	48,9
3. Кількість страхових випадків, по яких проведено виплати	тис. од.	1467,4	61,3	164,7	1693,4
4. Виплати страхових сум	млн. грн.	632,9	38,0	83,8	754,7
- в т. ч. страхувальникам-громадянам**	млн. грн.	215,6	28,1	66,0	309,7
5. Рівень виплат	%	72,1	26,4	36,5	60,3
6. Кількість договорів страхування	тис. од.	1023,2	542,9	1462,4	3028,5
- в т. ч. зі страхувальниками-фізичними особами	тис. од.	962,0	512,9	1385,9	2860,8

* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг

** – резиденти країни

З табл. 4 зроблено висновок, що найбільш поширеним є безперервне страхування здоров'я громадян. За даним видом страхування зібрано найбільше страхових премій та здійснено найбільше страхових виплат, хоча за кількістю договорів страхування, безперервне страхування здоров'я поступається страхуванню медичних витрат. Найменше зібрано страхових премій зі страхування здоров'я на випадок хвороби.

Наглядно частки основних показників ринку добровільного медичного страхування зображені на рис. 4.

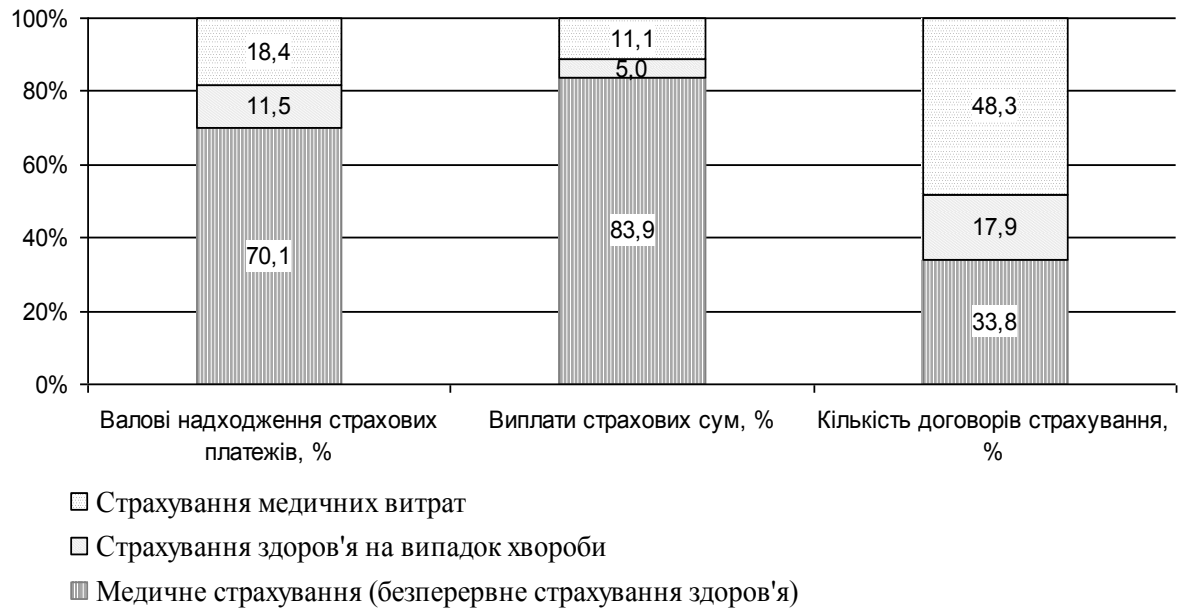


Рис. 4. Структура ринку добровільного медичного страхування у 2010 р.

Так, частка платежів що надійшли від безперервного страхування здоров'я складає 70,1% від загальної суми, тоді як частка страхування здоров'я на випадок хвороби – 11,5%, а страхування медичних витрат – 18,4%. Частки виплат страхових сум за видами страхування складають відповідно 83,9%, 5,0% та 11,1%.

В наш час на страховому ринку медичне страхування здійснюють більш як 100 страховиків. Серед лідерів страхового ринку ДМС виступають такі компанії, як «Навтогазстрах», «Провідна», «Уніка», «Інго Україна», «Аска», «Альфа Страхування», «PZU Україна», «УПСК», «АХА Страхування», «ALLIANZ Україна» та ін [12].

Здійснений аналіз територіальної структури страхового ринку України свідчить, що він у цілому поділений на чотири великих регіони, а саме: центральний, східний, західний і південний. В даний час спостерігається значний дисбаланс розподілу страхових компаній по території України. Так, у Києві зосереджено більш половини всіх страхових компаній, п'ята частина

припадає на Дніпропетровськ, Донецьк, Одесу, Запоріжжя, Харків. Тобто в цих містах розташовано більше 70 % усіх страхових компаній. Нерівномірність розподілу особливо помітна в регіонах.

Незважаючи на значні темпи приросту основних показників діяльності страховиків та страхових посередників, страховий ринок України має ряд об'єктивних причин свого недостатнього розвитку і невирішених проблем. Проаналізувавши негативні чинники, що впливають на вітчизняний ринок послуг з медичного страхування, найважливіші можна назвати наступні:

По-перше, більшість населення недовіряє страховим компаніям. Події 1990-1993 років ще багато років будуть позначатися на відношення до страхування як до ненадійного і непрозорого механізму. Необхідні постійні спільні зусилля держави та страхових компаній, спрямовані на формування позитивного іміджу страхування як надійного механізму перерозподілу ризику та захисту майнових інтересів громадян.

По-друге, негативно впливають на розвиток цього виду страхування економічна нестабільність в країні, низька якість та складні умови життя, нерозвиненість інфраструктури страхового ринку.

По-третє, невизначеність статусу і перспектив медичного страхування на загальнодержавному рівні. Органи законодавчої і виконавчої влади, зайняті рішенням найважливіших політичних і економічних проблем, поки не в змозі ясно висловити свою думку щодо того, яким чином та в якому обсязі держава має можливість фінансувати медичну допомогу населенню. В даному випадку потрібно звернутися до досвіду тих країн колишнього СРСР, в яких вже існує подібна практика та досвіду розвинених європейських країн. Врахувавши їх досягнення та недоліки, можливо буде розробити власну систему державного страхування, найкраще пристосовану до вітчизняних умов.

По-четверте, більшість населення не розуміє актуальності введення медичного страхування, хоча має потребу в ньому. Тобто при задекларованому існуванні безкоштовності медичної допомоги фактично

сформувався ринок легальних і нелегальних платних медичних послуг. Пацієнти оплачують необхідні для лікування ліки та витратні матеріали, несуть господарські витрати за харчування, білизну і навіть платять за послуги молодшого медичного персоналу. Неофіційна оплата послуг лікарів стала розповсюдженим явищем, її розмір інколи дуже високий і тому недоступний для більшості пацієнтів.

По-п'яте, податкове законодавство практично зводить нанівець страховий інтерес роботодавця в проведенні медичного страхування робітників підприємств і членів їх сімей. Страхові платежі необхідно сплачувати з прибутку. Прибуткові підприємства в першу чергу спрямовують засоби на розвиток виробництва і виплату дивідендів акціонерам. Практика страхування своїх працівників, хоча і стає модною, проте використовується лише крупними підприємствами.

По-шосте, низький рівень реальних прибутків населення, у першу чергу через нечисленність «середнього класу», обмежує можливість проведення медичного страхування за рахунок засобів громадян. Застосування державою різноманітних податкових пільг для мотивації участі населення в медичному страхуванні могло б збільшити приток населення до страхових компаній.

По-сьоме, низький рівень медичної допомоги і погані умови перебування пацієнтів у медичних закладах, обумовлені обмеженням постатейного бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я. За цих умов украї важко компенсувати брак засобів за рахунок медичного страхування і забезпечити високий рівень медичної допомоги застрахованим.

По-восьме, недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення. Щороку вищими навчальними закладами України випускається лише 110 – 120 магістрів страхування. За експертними розрахунками для задоволення потреб страхового ринку у фахівцях вищої кваліфікації необхідно довести їх щорічний випуск до 400 – 500 чоловік. Статистика свідчить, що жоден студент, який закінчив магістерську програму «Страховий менеджмент» у

столичних вищих навчальних закладах не виїхав на роботу за межі Києва і це не дивно – адже тут зосереджена більше ніж половина страховиків України.

Україні бракує ефективної системи охорони здоров'я. Крім того добровільне медичне страхування залишається слабо розвиненим. Протягом багатьох років точаться дискусії навколо питання запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як частини соціальних нарахувань на заробітну плату. Такий підхід знаходить підтримку як з боку Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Хоча їх концепції відрізняються одна від одної, обидві інституції підтримують намагання запровадити загальнообов'язкове медичне страхування протягом наступних двох-трьох років.

Можна виділити такі основні моменти, що стримують впровадження обов'язкового державного медичного страхування:

1. Відсутність відповідної нормативної бази, медичних стандартів та фінансових стимулів для лікарів або медичних працівників.

2. Для управління та покращення роботи системи державного соціального страхування недостатньо навичок і вмінь, які мають на даний час працівники системи охорони здоров'я.

3. На етапі введення системи загальнообов'язкового державного медичного страхування попит на послуги може зрости, а сфера охорони здоров'я є нестабільною та непередбачуваною, тому це може одразу призвести до підвищення цін на медичні послуги, а доступ до них зменшитися.

4. Відсутність договірної форми відносин між платником з одного боку та постачальником послуг. Це робить систему медичного обслуговування непрозорою та несправедливою.

Водночас існування добровільної системи медичного страхування не виключає обов'язкової, яка припускала б надання медичної допомоги не тільки малозабезпеченим верствам населення, але і громадянам із середнім рівнем доходу. У нашій країні вже не один рік ведуться дискусії із цього питання, проте конкретних кроків зроблено мало.

Однією з головних цілей соціальної політики держави повинно бути підтримання в належній формі працездатного потенціалу держави як основного фактора виробництва внутрішнього валового продукту. Цей важливий економічний показник багато в чому визначає рівень соціально-економічного розвитку держави та обумовлює формування бюджетних коштів по утриманню і забезпеченню непрацездатного населення (дітей, інвалідів, людей похилого віку). Останнє складає основу страхування, так звану страхову солідарність, яка виражається в розподілі сукупного ризику між усіма суб'єктами системи, що розглядається. Таке розподілення особливо актуальне в сучасних умовах, оскільки при цьому стає можливим формування такої форми соціального захисту, при якій, з однієї сторони, більш забезпечені верстви населення будуть в більшій мірі оплачувати необхідні витрати на медичне обслуговування (як особисте, так і частини менш забезпечених верств населення), з іншої – здорові будуть надавати своєрідний «кредит» хворим, який буде повернений їм у разі захворювання та необхідності надання та оплати медичної допомоги.

Таким чином, розробка концепції та організаційно-економічних механізмів медичного страхування може розглядатися як найбільш важливий і перспективний напрям розвитку системи соціального захисту населення.

Із соціально-економічного погляду, медичне страхування є однією з найважливіших складових нормативного функціонування національних систем охорони здоров'я. Незаперечна актуальність цієї проблеми полягає в тому, що, на відміну від інших питань, медичне страхування є формою захисту від ризику, який загрожує найціннішому в особистому і суспільному плані – здоров'ю і життю людини.

Медичне страхування вирішує одночасно багато питань. Страхова компанія сплачує всі необхідні медичні витрати в межах обраної страхової програми, а наявність Диспетчерської служби дозволяє застрахованим отримувати кваліфіковані консультації лікарів, звертатись за невідкладною медичною допомогою в будь-який час, незалежно від місця перебування.

Забезпечуючи своїх працівників добровільним медичним страхуванням, підприємства сприяють істотному підвищенню лояльності персоналу і мотивують його, а ці фактори мають вплив і на прибуток бізнесу. Відомо, що лояльний співробітник – це продуктивний працівник. Співробітник, що має медичну страховку, відчувається соціально захищеним, оскільки має гарантію, що у разі виникнення захворювання йому буде вчасно організована та оплачена страховою компанією необхідна медична допомога. Забезпечивши своїх працівників добровільним медичним страхуванням, керівники підприємства не тільки сприяють їх лояльності, а водночас заощаджують свої кошти у перспективі, оскільки:

- за рахунок надання якісної і адекватної медичної допомоги за рахунок страхової компанії поступово підвищується загальний рівень здоров'я працівників і відповідно знижується рівень їх захворюваності;

- за рахунок своєчасного і повноцінного лікування та контролю за наданням медичної допомоги застрахованим працівникам здійснюється одночасний контроль обґрунтованості видачі листків непрацездатності, що приводить, по-перше, до скорочення тривалості тимчасової непрацездатності, а, по-друге – до суттєвого зниження кількості днів відсутності працівників на роботі за «необґрунтованими» листками непрацездатності;

- зменшиться кількість звернень працівників підприємства за матеріальною допомогою, що раніше була викликана необхідністю самим сплачувати за лікування. Тепер за їх лікування заплатить страхова компанія.

За діючого порядку фінансування лікувально-профілактичних установ, механізм ДМС дозволяє вирішити питання, пов'язані з покращанням їх матеріально-технічної бази, що, в свою чергу, сприяє більш повному забезпеченню гарантій прав застрахованих громадян на отримання якісної та повноцінної медичної допомоги. Це є свідченням того, що нині ДМС дозволяє зменшити навантаження на державний та місцевий бюджети, перерозподілити

кошти, що йдуть на оплату медичної допомоги між різними групами населення, зменшити частку тіньових платежів.

Суспільне призначення добровільного медичного страхування виявляється в тім, що воно, як складова частина системи страхування, відноситься до особистого страхування. Зарубіжна практика здійснення соціального захисту свідчить, що особисте страхування є одним з найбільш дієвих інструментів вирішення соціальних проблем. В багатьох країнах добровільне (приватне) особисте страхування є невід'ємною складовою частиною системи взаємодоповнюючого соціального захисту.

Таким чином, основне призначення медичного страхування полягає в тому, що воно є формою соціального захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Система обов'язкового медичного страхування, на відміну від державного фінансування, забезпечить оплату медичної допомоги за надану медичну послугу, створить умови для розвитку ринкових відносин у системі охорони здоров'я, надасть можливість розвитку самоврядування закладів охорони здоров'я.

Добровільне медичне страхування, в той же час, є джерелом економії державних коштів на фінансування охорони здоров'я. Унікальність добровільного медичного страхування полягає ще й в тому, що воно спрямоване на заощадження особистих коштів людини, а отже має вплив на рівень добробуту.

Розвиток добровільного медичного страхування має важливе значення для економіки України та суспільства на етапі трансформації системи господарювання і переходу до ринкових відносин. Нині в Україні вже створено певне середовище та розроблені механізми для успішного розвитку та ефективного здійснення медичного страхування.

Отже, виходячи з вищенаведеного робимо лише один висновок, що альтернативи медичному страхуванню не має. Медичне страхування – це єдиний шлях виходу охорони здоров'я України з глибокої економічної й соціальної кризи.

Список використаних джерел

1. Безугла В.О. Страхування: [Навч. пос.] / В.О. Безугла, І.І. Постіл, Л.П. Шаповал. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 582 с.
2. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86/98 – ВР зі змінами і доповненнями // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
3. Капшук О.Г. Сучасний стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / О.Г. Капшук, А.П. Ситник, В.М. Пашенко // Медицина транспорту України. – 2007. – № 2. – С. 87-91.
4. Куценко В.І. Соціальна сфера: реальність і контури майбутнього (питання теорії і практики): Монографія / За наук. ред. д.е.н., проф., чл.-кор. НАН України Б.М. Данилишина / РВПС України НАН України. – Ніжин: ТОВ «Видавництво «Аспект – Поліграф», 2008. – 818 с.
5. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні // Економіка та держава. – 2007. – № 2. – С. 40-42.
6. Рудень В.В. Запровадження системи медичного страхування в Україні та аудит страховиків. / В.В. Рудень // Фінанси України. – 1998. – № 3. – С. 102-106.
7. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування. / В.В. Рудень. – Л.: Обласна друкарня, 1999. – 305 с.
8. Страхування: Підручник / За ред. В.Д. Базилевича. – К.: Знання-Прес, 2008. – 1019 с.
9. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.
10. Турбина К.Е. Теория и практика страхования. Учебное пособие / К.Е. Турбина. – М.: Анкил, 2003. – 704 с.
11. <http://www.dfp.gov.ua/734.html>
12. <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/>