

СХЕМИ ПОЄДНАННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО ТА ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті розглянуто сутність добровільного та обов'язкового медичного страхування, можливі схеми поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування в завершену систему медичного страхування. Особливу увагу зосереджено на аналізі стану ринку добровільного медичного страхування.

The article is exposed the essence of voluntary and obligatory medical insurance scheme, possible combination of obligatory and voluntary medical insurance in a complete system of medical insurance. Particular attention is focused on the analysis of the market for voluntary medical insurance.

Ключові слова: система медичного страхування, базова програма медичних гарантій, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, страхові премії, страхові виплати.

Key words: system of medical insurance, basic medical program safeguards, voluntary medical insurance, obligatory medical insurance premiums and insurance payments.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ТА ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

У сучасній соціальній та економічній літературі досить широко висвітлені загальні питання організації, механізму функціонування і розвитку системи медичного страхування в Україні. У вітчизняній літературі досліджуються здебільшого загальні закономірності розвитку системи медичного страхування в Україні та за кордоном, детально розглядаються можливості, які отримує система охорони здоров'я України після введення обов'язкового медичного страхування та від використання добровільного медичного страхування. Але суттєвим недоліком є той факт, що не уточнюються конкретні методики практичної реалізації цих можливостей у рамках цілісної системи медичного страхування в Україні. Актуальність даної проблеми полягає у тому, що зараз відсутній базис, на якому відбуватиметься поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування. Саме тому, необхідним є розгляд умов та дієвих схем поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Теоретико-методологічні основи суті медичного соціального страхування розроблено С. Брю, Р. Макконелом, П. Самуельсоном, О. Василюком, В. Базилевичем, С. Осадцем, І. Ногою та ін. Однак певні питання практичного характеру недостатньо висвітлені в зарубіжній та вітчизняній науковій літературі.

ФОРМУВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ (ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ)

Метою статті є вивчення схем поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Відповідно до поставленої мети, завданнями нашої роботи є:

- визначити сутність добровільного та обов'язкового медичного страхування, їх форми;
- розглянути показники страхових премій та страхових виплат за I квартал 2010 — 2011 рр. у розрізі видів страхування;
- охарактеризувати можливі схеми поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБГРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Під системою медичного страхування ми розуміємо сукупність форм та видів медичного страхування, які здійснюються в країні згідно з законодавством або на основі договору.

Медичне страхування — форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених засобів. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг при виникненні страхового випадку (порушенні здоров'я) за наявності договору з медичною страховою організацією. Остання несе витрати по оплаті випадку надання медичної допомоги (ризик) з моменту сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду.

Обов'язкове медичне страхування — вид обов'язкового соціального страхування, що є системою створюваних державою правових, економічних і організаційних заходів, направлених на забезпечення при настанні страхового випадку гарантій безкоштовного надання застрахованій особі медичної допомоги за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування в межах територіальної програми обов'язкового медичного страхування і у встановлених законом випадках в межах базової програми обов'язкового медичного страхування [12, с. 24].

В рамках базової програми обов'язкового медичного страхування надаються первинна медико-санітарна допомога, включаючи профілактичну допомогу, швидка медична допомога (за винятком спеціалізованої (санітарно-авіаційної) швидкої медичної допомоги), спеціалізована медична допомога у визначених випадках.

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.

Добровільне медичне страхування є додатковою програмою до встановленого обсяг медичної допомоги, що діє для осіб, вказаних страхувальниками як вигодоотримувачів. Добровільне медичне страхування здійснюється за рахунок засобів певного бюджету, особистих внесків громадян, внесків працедавця [12, с. 26].

Слід зазначити, що добровільне медичне страхування страхує не здоров'я, але витрати на лікування; останні відшкодовуються застрахованому звичайно або по етапу медичного втручання (фармакологія, діагностика, стаціонар), або по видах наданої медичної допомоги (стоматологія, гінекологія, косметологія, випадок смерті), або по частках витрат на оплату наданої медичної допомоги (повне відшкодування, процентне відшкодування, відшкодування в межах певної суми).

Добровільне медичне страхування прийнято підрозділяти на індивідуальне (що враховує складність конкретного захворювання конкретної особи) і на колективне (що враховує ризик виникнення певних захворювань у групи осіб).

Великі надії на покращення фінансового забезпечення охорони здоров'я та підвищення якості і доступності медичного обслуговування поклалися на добровільне медичне страхування, але, як свідчать статистичні дані, наведені нижче, вони не справилися. 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.

Говорячи про систему медичного страхування, вважаємо, що необхідно розглядати обов'язкове медичне страхування і добровільне у взаємозв'язку, як взаємодоповнюючі елементи однієї системи. Це пов'язано, перш за все, із тим, що 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.

Таблиця 1. Страхові премії за видами страхування за I квартал 2010—2011 рр. (обсяги, темпи приросту)

Види страхування	Страхові премії, млн грн.		
	Чисті		Відхилення
	І кв. 2010 р.	І кв. 2011 р.	І кв. 2011 р./ І кв. 2010 р.
Страховання життя	164,5	249,1	51,4%
Види страхування, інші, ніж страхування життя, у тому числі:	2 584,6	2 815,8	8,9%
Добровільне особисте страхування	380	455,8	19,9%
Добровільне майнове страхування	1524,8	1 551,8	1,8%
- в тому числі страхування фінансових ризиків	151,9	212,3	39,8%
Добровільне страхування відповідальності	101,1	90,7	-10,3%
Недержавне обов'язкове страхування	578,1	717,5	24,1%
- в тому числі страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів	451,3	578,9	28,3%
Державне обов'язкове страхування	0,6	0,0	-100,0%
ВСЬОГО (всі види страхування)	2 749,1	3 064,9	11,5%

* за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

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 О. Василик, В. Базилевич, С. Осадець, Т. Артюх, О. Гаманкова, О. Голяченко та інші 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.

Зважаючи на те, що сьогодні в Україні відсутнє обов'язкове медичне страхування розглянемо основні тенденції, що склалися на ринку добровільного медичного страхування.

У I кварталі 2011 року на ринку страхування відбулося незначне "пожвавлення", при цьому показники ще не досягли докризових значень.

Динаміка страхових премій за мінусом частки страхових премій, сплачених перестраховикам-резидентам, за I квартал 2010—2011 рр. представлена в табл. 1.

За даними Держфінпослуг, добровільне особисте страхування, підгалуззю якого є медичне страхування, за обсягами зібраних премій і динамікою росту ринку зараз займає одну із лідируючих позицій від інших видів страхування (теми приросту чистих страхових премій склали 19,9 % за 1 квартал 201/2010 р.) [11].

У структурі страхових премій за мінусом частки страхових премій, сплачених перестраховикам-резидентам, за видами страхування станом на 31.03.2011 найбільша питома вага належить і такому виду страхування,

Таблиця 2. Страхові премії за видами страхування за I квартал 2010 – 2011 рр. (обсяги, темпи приросту)

Види страхування	Страхові премії, млн грн.		
	Чисті		Відхилення
	I кв. 2010 р.	I кв. 2011 р.	I кв. 2011 р./ I кв. 2010 р.
Страховання життя	13,6	13,8	1,5%
Види страхування, інші, ніж страхування життя, у тому числі:	1223,9	1117,2	-8,7%
Добровільне особисте страхування	203,2	223,6	10,0%
Добровільне майнове страхування	825,0	639,1	-22,5%
- в тому числі страхування фінансових ризиків	279,3	199,7	-28,5%
Добровільне страхування відповідальності	6,3	11,0	74,6%
Недержавне обов'язкове страхування	188,9	243,5	28,9%
- в тому числі страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів	185,3	241,1	30,1%
Державне обов'язкове страхування	0,5	0,0	-100,0%
ВСЬОГО (всі види страхування)	1237,5	1131,0	-8,6%

* за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

як медичне страхування — 288,3 млн грн. (або 9%) (станом на 31.03.2010 — 241,1 млн грн. (або 9%)) (табл. 3).

У структурі страхових виплат за мінусом частки страхових виплат, компенсованих перестраховиками-резидентами, станом на 31.03.2011 найбільша питома вага страхових виплат припадає і на медичне страхування. Частка медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) становить 180,2 млн грн. (або 16%) (станом на 31.03.2010 — 167,9 млн грн. (або 14%)) (табл. 4).

Динаміка страхових виплат за мінусом частки страхових виплат, компенсованих перестраховиками-резидентами, за I квартал 2010—2011 рр. представлена в табл. 4.

Але частка залучених страхових премій є недостатньою, щоб відчутно змінити фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я.

Таблиця 3. Динаміка страхових премій за мінусом частки страхових премій сплачених перестраховикам-резидентам, за I квартал 2010—2011 рр.

Види страхування	I кв. 2010 р.	I кв. 2011 р.	Темпи приросту
	млн грн.	млн грн.	
Автострахування (КАСКО, ОСЦПВ, "Зелена картка")	1 113,2	1 166,2	4,8
Страховання майна	330,7	333,5	0,8
Страховання від вогневих ризиків	212,9	235,4	10,5
Страховання фінансових ризиків	151,9	212,3	39,8
Страховання вантажів та багажу	130,8	156,5	19,7
Страховання відповідальності перед третіми особами	77,3	74,1	-4,2
Страховання життя	164,5	249,1	51,4
Медичне страхування	241,1	288,3	19,6
Страховання кредитів	35,8	64,6	80,3
Страховання від нещасних випадків	58,4	77,7	32,9
Авіаційне страхування	62,2	56,3	-9,5
Страховання медичних витрат	44,2	48,9	10,7
Страховання від нещасних випадків на транспорті	25,9	28,1	8,6
Інші види страхування	100,1	74,0	-26,1
Всього	2 749,0	3 064,9	11,5

* за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Протягом аналізованого періоду частка добровільного медичного страхування в загальній структурі страхових премій свідчить про зацікавленість потенційних страхувальників у даному виді страхових послуг, переважно через отримання стимулів до придбання такого виду страхового захисту у страхувальників-юридичних осіб, а у страхувальників-громадян — через необхідність страхового захисту та елемент поступової довіри до страховиків.

Вирішення проблеми додаткового фінансування охорони здоров'я лише за рахунок добровільного медичного страхування неможливе. Тому вихід вбачається у побудові завершеної системи медичного стра-

хування, 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 схеми їх поєднання.

Основою для поєднання обов'язкового медичного страхування та добровільного, на думку науковців, може стати наступне.

1. Розробка класифікатора медичних послуг.
2. Розробка стандартних та уніфікованих програм медичного страхування з чіткою і прозорою структурою.
3. Визначеність, конкретність державних зобов'язань та їх фінансове забезпечення.
4. Відмова від фінансування по узагальнених категоріях [7, с. 37].

Необхідність розробки класифікатора медичних послуг полягає у тому, що класифікатор дасть змогу поєднати не тільки гарантований державою перелік медичних послуг, а також і послуг, що надаються в рамках програм добровільного медичного страхування. Таке поєднання дозволить більш раціонально та спрямовано використовувати фінансові ресурси в системі охорони здоров'я. Враховуючи таку основу страхування із епізодичних явищ могло б перетворитися на гарантоване джерело надходжень грошових коштів — "надбудову" до безплатної охорони здоров'я.

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.

На думку науковців, слід відмовитися від фінансування по узагальнених категоріях, наприклад, за профілем відвідувань, оскільки при таких формулю-

вання є неможливим перевірити цільове використання фінансових ресурсів [6; 7].

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

Результатом впровадження єдиного класифікатора медичних послуг стане уникнення подвійної оплати, оскільки конкретні назви медичних послуг дозволяти чітко зрозуміти, що саме має оплачуватися за рахунок державних коштів, а що — за рахунок коштів державного медичного страхування. Такий підхід дозволить сформулювати в Україні систему медичного страхування.

У даний час система охорони здоров'я в Україні знаходиться в глибокій фінансовій, матеріальній і організаційно-структурній кризі. Як стабілізаційний захід пропонується впровадження змішаної системи бюджетно-страхового фінансування лікувальних установ, суть якої полягає у формуванні субвенціальних страхових фондів для компенсації витрат лікувальних установ шляхом об'єднання обов'язкового і добровільного медичного страхування. Компенсації підлягає різниця між необхідним об'ємом фінансування, визначеним, виходячи із стандартних схем лікування, необхідної кількості медикаментів, аналізів, апаратного обстеження, прокалькуючих за ринковими цінами, і існуючим обсягом бюджетного фінансування. Для реалізації даної системи пропонується передача функції фондодержавників страховим компаніям.

У рамках змішаної системи бюджетно-страхового фінансування охорони здоров'я можна виділити два канали фінансових потоків:

1-й канал — державне (бюджетне) фінансування;

2-й канал — фінансування за рахунок субвенціальних страхових фондів, сформованих шляхом обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Пропонована концепція передбачає не тільки багатоканальність фінансування системи охорони здоров'я, але і її багату складність з п'ятирівневим наданням медико-санітарної допомоги:

— перший рівень — базовий, так званий "життєзберігаючий", здійснюваний за рахунок бюджетних коштів (передбачається, що повинен бути забезпечений мінімально необхідний рівень медичної допомоги, достатній тільки для збереження життя громадян, зокрема перша медична допомога, реанімаційні послуги, невідкладні медичні послуги і ін.

Крім того, за рахунок бюджетних коштів передбачається реалізація соціальних державних програм, фінансування науки і освіти у сфері охорони здоров'я);

— другий рівень — основний, так званий "здоров'язберігаючий", здійснюваний за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування (передбачається, що медичні послуги повинні бути надані в межах програми

Таблиця 4. Динаміка страхових виплат за мінусом частки страхових виплат компенсованих перестраховиками-резидентами, за I квартал 2010—2011 рр.

Види страхування	I кв. 2010 р.	I кв. 2011 р.	Темпи приросту
	млн грн.	млн грн.	%
Автострахування (КАСКО, ОСЦПВ, "Зелена картка")	653,7	597,0	-8,7
Страхування фінансових ризиків	279,3	199,7	-28,5
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	167,9	180,2	7,3
Страхування кредитів	32,6	4,8	-85,4
Страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ	5,9	43,1	630,0
Страхування майна	35,4	23,0	-35,0
Страхування медичних витрат	18,7	22,9	22,8
Страхування життя	13,6	13,8	1,3
Інші види страхування	30,4	46,5	52,8
Всього	1 237,6	1 131,0	-8,6

* за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг

державних гарантій, повинен бути забезпечений достатній для середньостатистичного громадянина рівень медичної допомоги, зокрема консультації в поліклініках, стаціонарна допомога, санаторно-курортне лікування для малозабезпечених громадян і ін.);

— третій рівень — так званий "сервісний", одержуваний в державних і комерційних медичних установах за програмами добровільного медичного страхування (надання медичних послуг понад програми державних гарантій);

— четвертий рівень — "платні медичні послуги" (надання медичних послуг, які не передбачається надавати ні на одному з перерахованих вище рівнів, наприклад, послуги нетрадиційної медицини);

— п'ятий рівень — "інші джерела" (надання медичних послуг за рахунок добродійних програм, медичні послуги в рамках високотехнологічних медичних досліджень і ін.) [4; 9; 12].

Розглянемо детальніше другий канал фінансових потоків, який припускає об'єднання як обов'язкового, так і добровільного медичного страхування.

Другий канал фінансових потоків — фінансування за рахунок субвенціальних страхових фондів, сформованих шляхом обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Передбачається, що обов'язкові медичні послуги, які не були сплачені за рахунок бюджетних коштів (першого каналу фінансових потоків), оплачуватимуться страховими компаніями, що мають відповідну ліцензію на надання послуг з обов'язкового медичного страхування. У зв'язку із цим до страхових компаній, що займаються обов'язковим медичним страхуванням, повинні пред'являтися специфічні вимоги (досвід роботи, наявність договорів страхування, наявність співробітників з відповідною освітою і досвідом роботи, фінансові вимоги і т.д.). Всі ті витрати, які не були покриті за рахунок бюджетних засобів і обов'язкового медичного страхування, повинні компенсуватися за рахунок добровільного медичного страхування.

На рис. 1 представлений пропонований організаційно-економічний механізм побудови другого каналу

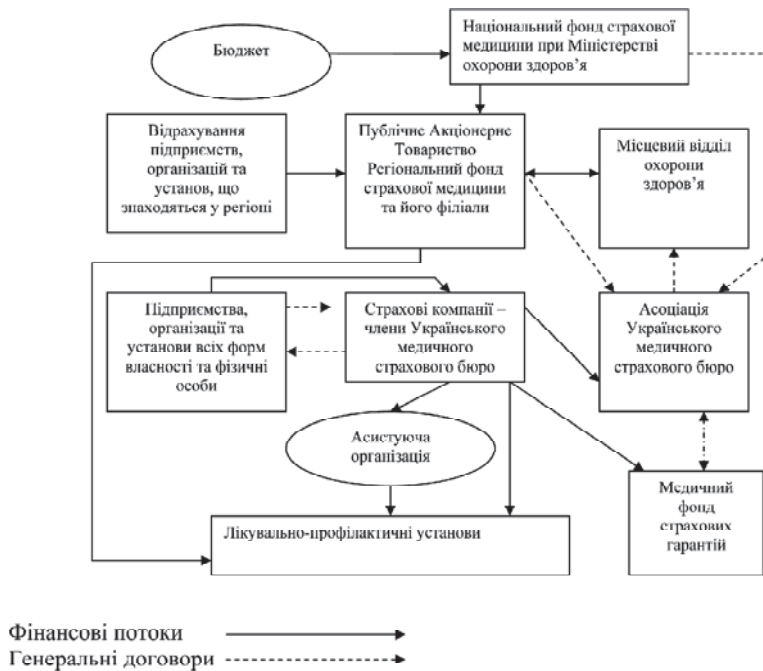


Рис. 1. Схема поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування в рамках змішаної бюджетно-страхової системи фінансування системи охорони здоров'я

фінансових потоків — субвенціальних страхових фондів, сформованих шляхом об'єднання обов'язкового і добровільного медичного страхування.

На даному рисунку представлені чотирирівнева система обов'язкового медичного страхування і трирівнева система добровільного медичного страхування: Національний фонд страхової медицини при Міністерстві охорони здоров'я України — Регіональний фонд страхової медицини і його філіали — компанії (члени УМСБ), страхові і лікувально-профілактичні установи.

Розглянемо передбачувані функції кожного з фондів.

Основними функціями Національного фонду страхової медицини (НФСМ) є вироблення єдиної політики упровадження і функціонування системи обов'язкового медичного страхування в Україні, вирівнювання фінансування територій регіонів України за принципом єдиного нормативу, створення страхового запасу на випадок надзвичайних ситуацій, а також фінансування науково-дослідних програм, забезпечення санітарно-епідеміологічної служби і ін.

Основними функціями Регіонального фонду страхової медицини (РФСМ) є: проведення єдиної політики обов'язкового медичного страхування в регіоні, облік платників внесків по обов'язковому медичному страхуванню, збір цих внесків. РФСМ виступає страховальником населення регіону, забезпечує фінансування страхових компаній через страхові платежі на підставі нормативу, контролює ефективність їх витрачання страховими компаніями.

Основними функціями страхових компаній (СК) є: платежі лікувально-профілактичним установам або асистуючим структурам за надані медичні послуги, облік застрахованих в системі обов'язкового медичного страхування, контроль і експертиза якості їх лікування.

Основними функціями Українського медичного стра-

хового бюро (УМСБ) є: координація діяльності страховальників, розробка і упровадження програм медичного страхування, забезпечення контролю якості медичних послуг, складання звітності, формування страхових тарифів, єдиних правил, вимог і стандартів проведенні медичного страхування, забезпечення рівних умов для всіх страхових компаній на Україні, проведення семінарів, конференцій і інших заходів науково-практичного характеру, координація діяльності Медичного фонду страхових гарантій, який є гарантом виконання страховими компаніями своїх зобов'язань перед застрахованими і ін. УМСБ знаходиться в договірних відносинах з НФСМ, РФСМ, Управлінням охорони здоров'я.

Основною функцією Медичного фонду страхових гарантій (МФСГ) є: акумуляція фінансових коштів, одержуваних як відрахування від кожного реалізованого страхового поліса по обов'язковому і добровільному медичному страхуванню для забезпечення гарантії платоспроможності страхових компаній-членів УМСБ для виконання своїх зобов'язань перед застрахованими у разі форс-мажорних або інших ситуацій.

Таким чином, кожний рівень займається чітко обмеженими функціями.

Варіант реформування медичного страхування на основі зміни співвідношення систем обов'язкового медичного страхування і добровільного медичного страхування може функціонувати також у вигляді пропозиції про створення багаторівневої (а саме дворівневої) системи медичного страхування, диференційованої за ступенем участі держави в оплаті медичної допомоги для різних категорій населення. В цій багаторівневій системі програма обов'язкового медичного страхування формується як дворівнева [5; 10].

Перший рівень програми обов'язкового медичного страхування включає медичні послуги, які надаються населенню безкоштовно і повністю фінансуються за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування.

Другий рівень включає медичні послуги, які одним групам населення надаються безкоштовно і повністю фінансуються за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування, а іншим групам — за умови спільних платежів, і відповідно лише частково фінансуються із засобів обов'язкового медичного страхування.

Спільні платежі, у свою чергу, можуть бути предметом добровільного або обов'язкового страхування. Програми добровільного медичного страхування виступають як програми третього і більш високих рівнів. Їх предметом можуть бути послуги, включені в програму обов'язкового медичного страхування другого рівня, спільні платежі за такі послуги, а також послуги понад програму обов'язкового медичного страхування. Як спосіб вирішення проблеми диференціації реальних можливостей застрахованих в існуючій системі соціального страхування, доцільно провести інституційне виділення і розмежування двох її компонентів: загального і колективного (корпоративного) соціального страхування.

Загальне соціальне страхування повинне передба-

чати єдиний для всіх застрахованих тариф внесків, єдиний перелік допомог (відшкодувань) і однозначні умови їх отримання. В тих випадках, коли допомоги встановлюються для певних категорій населення, критерії віднесення до цих категорій повинні бути однозначними. Колективне соціальне страхування повинне передбачати для працюючих можливість самостійно встановлювати більш високий рівень своїх соціальних гарантій за допомогою сплати додаткових страхових внесків (використання більш високого тарифу внесків на соціальне страхування, в порівнянні з внесками на загальне соціальне страхування). Розмір внесків, напрями використання збираних засобів, склад і умови отримання виплат повинні визначатися договорами колективного страхування, що укладаються на підприємстві між профспілкою, адміністрацією і страхувальником. Новий прорив в обговоренні перспектив реформування систем обов'язкового медичного і соціального страхування пов'язаний з пропозицією інституційного розмежування страхового та податкового фінансування гарантій, що надаються населенню в рамках вказаних видів соціального страхування. Досягається це дозволом працюючим громадянам виходити з систем обов'язкового медичного і соціального страхування, укладати з недержавними страхувальниками договори добровільного страхування ризиків, застрахованих цими системами, і використовувати частину засобів соціального податку для оплати внесків, що передбачаються цими договорами.

У разі дозволу виходу з систем обов'язкового медичного страхування і соціального страхування почне формуватися система (системи), що поєднує елементи обов'язкового і добровільного страхування. Елементи обов'язковості торкатимуться обсягу медичної допомоги, складу і мінімального розміру допомоги, які повинні гарантуватися особам, застрахованим в цій системі. Добровільність відноситься до ухвалення рішення про участь в цій системі, вибору страхувальника, угоді про зміст страхової програми понад обов'язковий мінімум і відповідний розмір страхових внесків. Найперспективнішим представляється варіант, коли предметом добровільного страхування одночасно виступатимуть необхідність отримання медичної допомоги і ризику втрати доходу у разі непрацездатності, інвалідності і т.д.

ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Вивчення можливих схем поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування дозволяє зробити наступні висновки.

Ефективне функціонування змішаної системи медичного страхування, на наш погляд, можливо при дотриманні наступних принципів:

— пристосування структури державних установ охорони здоров'я до роботи на користь ланки первинної медико-санітарної допомоги;

— зміна орієнтації органів управління охороною здоров'я на систему незалежного контролю і експертизи повноти і якості надання медико-санітарної допомоги в рамках добровільного та обов'язкового медичного страхування;

— введення системи акредитації медичних установ всіх форм власності і системи сертифікації лікарів;

— цільове і децентралізоване формування фінансових ресурсів за рахунок трибічних внесків — цільових внесків підприємств, організацій і установ різних форм власності, приватних підприємств і субсидій держави із загальних бюджетних надходжень, які направлені не до бюджету, а безпосередньо на потреби установ охорони здоров'я;

— забезпечення збалансованості обсягів послуг обов'язкового та добровільного медичного страхування з його фінансуванням. Для цього має бути розроблена багаторівнева програма медичного страхування з переліком послуг;

— узгодження стандартів медичного обслуговування згідно з досвідом європейських країн;

— чітке визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження системи поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254 к/96-ВР.
 2. Закон України "Про страхування" від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР.
 3. Законопроект "Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні" № 4744 від 30.06.2009.
 4. Евтушенко Т.П., Кизим В.В., Лисенко Ю.Г., Маншилин К.Н. Современные технологии в управлении медицинским страхованием и лечебным процессом. — Донецк: Апекс, 2005. — 224 с.
 5. Концепція загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Страхова справа. — 2008. — № 2(30). — С. 60—70.
 6. Кондрат І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні // Науковий вісник НЛТУ України. — 2009. — Вип. 19.3. — С. 247—251.
 7. Нагайчук Н. Г. Аналіз системи медичного страхування в Україні // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. — Суми, 2006. — Т.8. — С. 32—38.
 8. Нагайчук Н. Г. Економічна сутність фінансового механізму добровільного медичного страхування // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. — Суми, 2006. — Т.18. — С. 332—338.
 9. Нога І.О. Страхування: навч.-метод. посіб. / І. О. Нога; Акад. праці і соц. відносин Федер. проф. спілок України. — К.: Акад. праці і соц. відносин Федер. проф. спілок України, 2010. — 183 с.
 10. Панфілова Г.Л., Немченко А.С., Немченко О.А. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування: монографія / Національний фармацевтичний ун-т. — Х., 2009. — 228 с.
 11. Підсумки діяльності страхових компаній за І квартал 2011 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.dfp.gov.ua/fileadmin/downloads/dpn/sk_l_kv_2011_.pdf
 12. Радиш Я.Ф. Медичне страхування: Навч. посібник / Національна академія держ. управління при Президенті України. — К.: Видавництво НАДУ, 2005. — 88 с.
- Стаття надійшла до редакції 08.02.2012 р.*