

УДК 368.9.06
DOI 10.11603/1681-2786.2020.3.11630

В. Л. СМІРНОВА, Н. Я. КЛИМУК, Д. В. ВАКУЛЕНКО

АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: проаналізувати основні моделі медичного страхування у різних країнах світу.

Матеріали і методи. Використано методи теоретичного узагальнення, групування; факторного аналізу; статистичного порівняння та узагальнення.

Результати. Визначено види моделей медичного страхування; проаналізовано їх подібні та відмінні якості; розглянуто основні засади поєднання бюджетних та страхових коштів для надання населенню послуг у галузі охорони здоров'я на прикладі країн, які вже мають у цій сфері належні успіхи.

Висновки. Є три основні види фінансування медицини: державне (бюджетне), за якого частка держави перевищує 70 % загального фінансування, соціальне фінансування (за рахунок загальнодержавних фондів соціального страхування, які не надходять до бюджету) та приватне медичне страхування. Кожна країна, як правило, використовує всі три види фінансування, комбінуючи їх у різних пропорціях.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медичне страхування; фінансування охорони здоров'я; бюджетно-страхова система; бюджетне, соціальне, приватне страхування.

Природне право людини на отримання медичної допомоги при погіршенні (чи ушкодженні) стану здоров'я задовольняється через систему охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я має не тільки індивідуальну, а й досить відчутну соціальну спрямованість. Адже люди, контактуючи в соціумі, контактним чи безконтактним способом можуть суттєво впливати на фізичний та психічний стан інших людей. Тому в світовій практиці неможливо віднайти країни, де б суспільство було зовсім байдужим до системи охорони здоров'я. В економічному аспекті стан, ефективність та перспективи розвитку системи охорони здоров'я значною мірою залежать від системи фінансування цієї галузі економіки [2].

Мета дослідження: проаналізувати основні моделі медичного страхування у різних країнах світу.

Матеріали і методи. Використано методи теоретичного узагальнення, групування; факторного аналізу; статистичного порівняння та узагальнення.

Наразі є три основні види фінансування охорони здоров'я: державне (бюджетне), соціальне страхування та приватне медичне страхування.

Звісно, чистих форм на практиці не існує ні в природі, ні в суспільстві. Тому й фінансування охорони здоров'я здійснюють зазвичай у змішаній формі. Але, залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я поділяють на державну (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного

страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішану (бюджетно-страхову) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу. Закони, що впроваджуються в галузі медичного страхування, мають бути ретельно перевірені спеціалістами, які мають вітчизняний та зарубіжний досвід у практичному медичному страхуванні. Тому й ми розглянемо основні засади поєднання бюджетних та страхових коштів для надання населенню високоякісних послуг у галузі охорони здоров'я на прикладі тих країн, які вже мають у цій сфері належні успіхи [1].

Однією з перших країн, де було запроваджене медичне страхування, вважають Німеччину

Німецькій моделі системи медичного страхування властиві такі риси:

- децентралізація, зміст якої полягає в тому, що в країні існує понад 1000 страхових кас: професійні, територіальні та ерзац-каси;
- обов'язковий характер медичного страхування;
- головне завдання уряду – створення умов для медичної допомоги та контроль за їх виконанням;
- розподіл відповідальності між урядом і страховими касами щодо реалізації активної політи-

© В. Л. Смірнова, Н. Я. Климук, Д. В. Вакуленко, 2020

ки обмеження зростання цін на медичні послуги. Страхові каси запроваджують жорсткі системи взаєморозрахунків із медичними закладами, вводять системи доплат застрахованим за ліки тощо.

Британська модель характеризується такими особливостями:

- високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;

- превалювання бюджетної системи фінансування. Менше 10 % бюджету системи охорони здоров'я формується за рахунок роботодавців і понад 90 % – за рахунок податкових надходжень до бюджету;

- обов'язкове страхування здоров'я всіх працюючих. Дружини, які не працюють, можуть скористатися добровільними програмами медичного страхування;

- сплата пацієнтами 10 % вартості лікування;

- охоплення приватним страхуванням тих категорій осіб, які не підлягають обов'язковому страхуванню, та поширення приватного добровільного страхування на ті послуги, які не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.

Американська модель медичного страхування характеризується такими ознаками:

- акумуляцією коштів у централізованому страховому фонді;

- розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20 % населення;

- добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 60 % населення;

- добровільним страхуванням не за місцем роботи охоплюється близько 2 % населення;

- 15 % населення не мають доступу до медичного страхування.

Риси національної системи медичного страхування Канади такі:

- обов'язковість медичного страхування;

- понад 90 % усіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я;

- добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування [4].

Японська модель медичного страхування характеризується:

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;

- охопленням медичним страхуванням усіх, хто працює на підприємствах із кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їхніх сімей;

- нарахуванням страхових премій (внесків) зі стандартного щомісячного заробітку;

- охопленням добровільним медичним страхуванням медичних послуг підвищеної комфортності.

Із вищенаведених моделей видно, що в дуже незначній кількості країн держава може дозволити собі взяти відповідальність щодо майже повного забезпечення медичної допомоги виключно на бюджетній основі. У більшості країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється насамперед тим, що за сучасних умов зростає обсяг загроз здоров'ю громадян:

- глобалізаційні процеси пошвидко мігрують населення, що поширює невласливі цілим регіонам інфекційні захворювання;

- надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, створюють цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;

- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії тощо посилюють потребу в медичній допомозі;

- продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що створює додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння тощо [3].

Це, звичайно, тільки один бік справи. З іншого боку, бюджет будь-якої країни завжди обмежений, а тому його не вистачає на фінансування всіх суспільних благ. Окрім того, якщо держава бере на себе значну частину відповідальності за стан здоров'я нації, про це перестають дбати роботодавці та самі громадяни. Саме тому більшість країн світу застосовує змішані системи фінансування охорони здоров'я.

Звісно, мінімальна межа втручання держави в забезпечення медичної допомоги визначається необхідністю забезпечення життєво значущими послугами найбільш вразливих верств населення. Далі держава повинна створити умови, за яких роботодавці були б зацікавлені у створенні належних умов праці та відновлення здоров'я найманих працівників. Окрім того, завданням уряду є запровадження такої політики доходів, за якої громадяни могли б оплачувати високоякісні медичні послуги.

Якщо в країні створена така система фінансування закладів охорони здоров'я, де частка держави перевищує 70 % загального обсягу фінансових ресурсів, а решта припадає на страхові компанії, то таку систему називають бюджетно-страховою [5].

Висновки

Медичне страхування – це форма особового страхування, яка гарантує надання громадянам медичної допомоги при настанні страхового випадку за рахунок нагромаджених страхових фондів. У той час, як страхова медицина – це система

фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок страхових фондів.

Є три основні види фінансування медицини: державне (бюджетне), за якого частка держави перевищує 70 % загального фінансування, соціальне фінансування (за рахунок загальнодержавних фондів соціального страхування, які не надходять до бюджету) та приватне медичне страхування. Кожна країна, як правило, використовує всі три види фінансування, комбінуючи їх у різних пропорціях.

Перспективи подальших досліджень. На сьогодні дуже важливо, щоб Україна при запровадженні страхової медицини перейняла позитивний світовий досвід та врахувала ті помилки, через які пройшли інші країни. Закони, що впроваджуються в галузі медичного страхування, мають бути ретельно перевірені спеціалістами, які мають вітчизняний та зарубіжний досвід у практичному медичному страхуванні.

Список літератури

1. Климук Н. Я. Вплив невизначеності на попит у медичному страхуванні / Н. Я. Климук // Медична інформатика та інженерія. – 2009. – № 2. – С. 69–71.
2. Марценюк В. П. Модель багатостадійного захворювання для задач медичного страхування / В. П. Марценюк, Н. Я. Климук // Штучний інтелект. – 2012. – № 1. – С. 160–168.
3. Славин М. Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях / М. Б. Славин. – М. : Медицина, 1989. – 304 с.
4. Чалий О. В. Синергетичні принципи освіти та науки : монографія / О. В. Чалий. – К. : Академія педагогічних наук України, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 2000. – 253 с.
5. Dieudonne J. Foundation of Modern Analysis / J. Dieudonne // New York: Academic Press. – 1960.

References

1. Klimuk, N.Ya. (2009). Vplyv nevyznachenosti na popyt u medychnomu strakhuvanni [Influence of uncertainty on demand in health insurance]. *Medychna informatyka ta inzheneriia – Medical Informatics and Engineering*, 2, 69-71 [in Ukrainian].
2. Martsenyuk, V.P., & Klimuk N.Ya. (2012). Model bahatostadiinoho zakhvoriuvannia dlia zadach medychnoho strakhuvannia [Model of multistage disease for health insurance problems]. *Shtuchnyi intelekt – Artificial Intelligence*, 1, 160-168 [in Ukrainian].
3. Slavin, M.B. (1989). *Metody sistemnogo analiza v meditsynskikh issledovaniyakh [Methods of system analysis in medical research]*. Moscow: Meditsina [in Russian].
4. Chalyi, O.V. (2000). *Synerhetychni pryntsyipy osvity ta nauky [Synergetic principles of education and science]*. Kyiv: Akademiia pedahohichnykh nauk Ukrainy, Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O.O. Bohomoltsia [in Ukrainian].
5. Dieudonne, J. (1960). *Foundation of Modern Analysis*. New York: Academic Press.

ANALYSIS OF MEDICAL INSURANCE MODELS

V. L. Smirnova, N. Ya. Klimuk, D. V. Vakulenko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to analyze the main models of health insurance in different countries.

Materials and Methods. Methods of theoretical generalization, grouping are used; factor analysis; statistical comparison and generalization.

Results. Types of health insurance models are identified; their similar and different qualities are analyzed. The basic principles of combining budget and insurance funds for the provision of health services to the population are considered on the example of countries that are already making good progress in this area.

Conclusions. There are three main types of medical financing: public (budget), in which the state's share exceeds 70 % of total funding, social funding (from national social insurance funds that do not come to the budget) and private health insurance. Each country typically uses all three types of funding, combining them in different proportions.

KEY WORDS: health insurance; health financing; budget and insurance system; budget, social, private insurance.

Рукопис надійшов до редакції 10.06.2020 р.

Відомості про авторів:

Смірнова Валентина Леонідівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Климук Наталія Ярославівна – кандидат технічних наук, доцент кафедри медичної інформатики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Вакуленко Дмитро Вікторович – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри медичної інформатики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.