

Міністерство освіти і науки України

Сумський державний університет

Медичний інститут

Методичні вказівки

до практичного заняття

**з теми 13 «Медичне страхування як система
організаційних та фінансових заходів. Обов'язкове та
добровільне медичне страхування.»**

**з дисципліни «Основи медичного та соціального
страхування»**

для студентів спеціальності: 229. Громадське здоров'я

денної форми навчання

Суми

Сумський державний університет

2019

Методичні вказівки до практичного заняття з теми 13 «Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів. Обов'язкове та добровільне медичне страхування.»

/ укладачі: зав. каф. громадського здоров'я, д.м.н., проф. В.А.Сміянов, ст. викладач О.І. Сміянова– Суми :Сумський державний університет, 2019. –

Теми 13-14.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА ФІНАНСОВИХ ЗАХОДІВ. ОБОВ'ЯЗКОВЕ ТА ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ.

Страхова медицина - система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Медичне страхування - система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхової медицини та медичного страхування - забезпечення громадянам соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

Завдання медичного страхування:

- посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;
- контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Впровадження страхової медицини в багатьох країнах мало ряд позитивних наслідків:

- гармонійне доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я;

- контроль якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення;
- реалізація права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря;
- впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами;
- мотивація праці медичних працівників.

За даними ВООЗ, *понад 30 країн* Організації економічного співробітництва і розвитку використовують різноманітні системи страхової медицини, *за якими компенсується майже 74 %* витрат на медичну допомогу.

Системи медичного страхування розрізняються за принципами *управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.*

Існують такі моделі медичного страхування:

- обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;
- загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);
- загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);
- державна монополія на медичне страхування

Державна (бюджетна) система медичного страхування фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету. Впроваджена в Англії, Італії, Данії, Ірландії.

Соціальна система медичного страхування

Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий - за людину похилого віку, заможній - за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують. Соціальна система медичного страхування впроваджена у Франції, Бельгії, Австрії, Японії, Німеччині, Нідерландах та інших країнах.

Форми медичного страхування

Медичне страхування за формами поділяється на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування - форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування. Цей вид медичного страхування здійснюється за порядком, передбаченим законодавством країни відповідно до базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом.

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх

конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування в обсягах до відповідних програм.

Джерела фінансування:

- внески з державного бюджету;
- внески роботодавців;
- внески працюючого населення.

Програми обов'язкового медичного страхування здійснюються державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою. Тарифи на страхування встановлюються за єдиною методикою, затвердженою державою. Система контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг визначається державними органами.

В Україні до цього часу не було прийнято закону щодо обов'язкового медичного страхування, проте в Законі України "Про страхування" (1996 р.) медичне страхування наводиться в переліку обов'язкових видів страхування.

Добровільне медичне страхування - самостійний або додатковий вид медичного страхування в країнах, у яких запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Зміст добровільних страхових програм визначається станом галузі охорони здоров'я в країні та пов'язаний з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми мають узгоджуватися з територіальними органами управління охороною здоров'я. В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими за вибором застрахованих осіб включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Джерела фінансування:

- особисті доходи громадян;
- прибуток працедавців (юридичних осіб).

Правила добровільного страхування визначаються страховими організаціями. Програма добровільного страхування визначається договором страховика та страхувальника, в якому встановлюються:

- тарифи на страхування;
- системи контролю за якістю надання медичних послуг.

На відміну від обов'язкового страхування, прибутки від добровільного медичного страхування страхова компанія може використовувати для будь-якої комерційної та некомерційної

діяльності.

Медичне страхування є самостійною системою товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, що впроваджується з метою поліпшення медичного обслуговування населення.

Запровадження системи медичного страхування в Україні - це відповідальний крок, який спричинить повну реорганізацію всієї галузі, а саме: зумовить перехід до:

- нових форм організації та управління системою охорони здоров'я;
- системи багатоканального фінансування;
- оплати праці за виконану роботу;
- амбулаторно-поліклінічного пріоритету в наданні медичної допомоги;
- вільного вибору пацієнтом лікувального закладу та лікуючого лікаря.

Для впровадження системи страхової медицини необхідні принципово нові організації, які мають виконувати посередницькі організаційні й управлінські функції й спеціально підготовлені кадри.

Для успішного реформування галузі на шляху впровадження системи страхової медицини доцільно враховувати досвід країн

Східної та Центральної Європи, які в недалекому минулому мали подібну до України модель організації та фінансування охорони здоров'я.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування

У більшості країн Східної та Центральної Європи системи охорони здоров'я історично були створені на моделі Семашка і недавно пройшли період перетворення системи державного фінансування в переважно страхові системи або планують перехід від централізованого контролю до страхової системи. До цієї категорії відносять системи охорони здоров'я таких країн, як Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Польща, Російська Федерація, Словаччина, Словенія та Республіка Македонія.

Привабливість системи страхового фінансування для постсоціалістичних країн зумовлена її несхожістю з бюджетним фінансуванням та спробою повернутись до тих моделей охорони здоров'я, які існували в цих країнах у минулому. Обрання країнами такої системи фінансування також було зумовлено можливістю індивідуального вибору медичних послуг завдяки прямим внескам на медичне обслуговування. Такий вибір системи фінансування галузі підтримувався професійними організаціями лікарів, яким вона

зумовлювала високий рівень винагород. Не останнє місце при виборі моделі фінансування галузі охорони здоров'я займав досвід західноєвропейських держав, які фінансують галузь через ту чи іншу форму медичного страхування. Основним чинником, який зумовив цей вибір, було сподівання на те, що внески на соціальне страхування дозволять збільшити загальний об'єм коштів, які використовуються на медичне обслуговування.

Досвід країн слов'янського світу дає можливість визначити загальні характеристики нових систем соціального страхування. Для систем фінансування галузі охорони здоров'я всіх країн властиві кілька спільних чинників: використання всіх коштів фондів медичного страхування тільки на фінансування галузі; додаткове бюджетне фінансування. Бюджетне фінансування, як правило, покриває витрати на медичне обслуговування громадян, які мають право на безоплатну медичну допомогу, медичну освіту, медичні дослідження, на утримання національних медичних науково-дослідних інститутів.

Організаційна структура страхових фондів, державний контроль за їх діяльністю, ступінь участі роботодавців та робітників, пакети медичних послуг, які надаються, мають свої особливості в кожній країні Східної та Центральної Європи.

У більшості країн адміністративні органи та органи, які

відповідають за медичне страхування, незважаючи на підживлення своїх ресурсів з державного бюджету, мають різну фінансову незалежність від державного бюджету на різних етапах перехідного періоду. Наприклад, у Чеській республіці та Словаччині на початку реформи галузі фінансування чинилося за рахунок державного бюджету, далі - поступово відокремлювалось від державного бюджету і проводилося через фонди медичного страхування. Проте обидві країни відрізняються за державним контролем фондів медичного страхування. В Чеській Республіці Національна компанія медичного страхування та фонди медичного страхування мають статус приватних установ з державним фінансуванням, незалежним від державного контролю. Міністерства охорони здоров'я та фінансів Словаччини здійснюють державний контроль за діяльністю страхових компаній.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження страхової медицини вказує на різні варіанти організаційної структури страхового фінансування галузі. В Чеській Республіці, Словаччині та Словенії були створені центральні "національні компанії медичного страхування" з відділеннями на місцевому рівні або спеціалізованими фондами страхування на випадок хвороби. В Чехії страхова компанія національного рівня є головним страхувальником населення, яка забезпечує страхування 83 %

населення. У Словаччині, при подібній організаційній структурі страхова компанія національного рівня охоплює навіть 85 % громадян. Національна компанія повинна забезпечувати контролюючу функцію за місцевими страховими відділеннями.

При проведенні реформи системи охорони здоров'я всі країни Східної та Центральної Європи були орієнтовані на право громадянина на страхове забезпечення. Російська Федерація та Словаччині при наданні громадянам права на страхове забезпечення орієнтуються на громадянство або місце проживання. Чеська Республіка в основу забезпечення такого права ставить наявність страхових внесків. Досвід цієї країни показав, що при орієнтації на страхові внески важко охопити медичним страхуванням все населення.

Система страхового фінансування галузі охорони здоров'я орієнтована на отримання страхових внесків, які розподілені між роботодавцями та робітниками, можуть установлюватися за фіксованою ставкою або залежати від доходу. У більшості країн страхові внески за безробітних та пенсіонерів сплачують фонди страхування від безробіття і пенсійні фонди відповідно. Страхові ставки та коефіцієнти участі роботодавців та робітників знаходяться у веденні уряду, і країни дуже відрізняються за цими показниками. В Чеській Республіці та Словаччині ставка страхового внеску

становить 13,5 при коефіцієнті участі роботодавців та робітників 66 : 33. Найменше тягар медичного страхування відчують громадяни Російської Федерації, де рівень ставки внеску встановить 3,6, при співвідношенні участі роботодавців і робітників 100 : 1.

Незалежно від ставки внеску в країнах, де було запроваджено медичне страхування, спостерігається зростання надходжень на медичне обслуговування. Підвищується частка ВПП, яка виділяється на галузь охорони здоров'я.

Країни Східної та Центральної Європи із запровадженою системою страхового фінансування в перехідний період зазнали ряд труднощів, які доцільно враховувати при реформуванні галузі в Україні.

Фінансування галузі охорони здоров'я при соціалізмі проводилося за рахунок державного бюджету. Запроваджували цей механізм міністерства фінансів, які проводили збір податків, їх розподіл та контроль за використанням. Теоретично система страхової медицини обумовлює фінансування галузі без участі міністерства фінансів. На практиці країни з перехідною економікою натрапили на дефіцит фондів медичного страхування, який утворився через брак коштів у фондів, які субсидуються з державного бюджету (наприклад, пенсійного фонду). Тобто міністерства фінансів беруть участь у фінансуванні медичного

обслуговування, проте без права контролю за витратами. Наприклад, у Словаччині та Чеській Республіці, при впровадженні страхової медицини значно зросли витрати на галузь, підвищилася частка ВПП до 6.25 та 7,2 % відповідно, що призвело до загострення відношень між фондами соціального страхування та міністерствами фінансів.

При впровадженні страхової медицини перед Хорватією, Чеською Республікою та Словаччиною виникла проблема структурного дефіциту. Суть проблеми полягає в тому, що за певні верстви населення внески сплачує уряд із податкових надходжень. Оплата внесків за пенсіонерів та безробітних здійснюється пенсійними фондами або фондами страхування від безробіття. Проте витрати на медичне обслуговування цих громадян вище за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище викликає дефіцит коштів, які тільки частково покривається внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Перехідний період до страхової медицини показав, що страхове фінансування охорони здоров'я більш обтяжливе, ніж вважали спочатку. Причина цього відсутність належного механізму державного регулювання діяльності страхових компаній; відсутність адекватної інформаційної технології; відсутність технічних знань в галузі страхового менеджменту, недостатній розвиток організаційної

інфраструктури.

Враховуючи досвід країн слов'янського світу із запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я, Україні також можливо розробити програму створення страхової медичної системи з урахуванням специфіки її існуючого стану. Для подолання труднощів перехідного періоду доцільно проводити поетапне збільшення державних асигнувань на галузь охорони здоров'я; впроваджувати ефективне їх використання та підвищення якості медичних послуг; розвивати систему платних медичних послуг; сприяти конкуренції.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняття «страхова медицина».
2. Що є метою страхової медицини?
3. Назвіть основні завдання медичного страхування.
4. За якими принципами розрізняються системи медичного страхування?
5. Назвіть джерела фінансування системи страхової медицини.
6. В чому полягають принципові відмінності загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування?
7. Назвіть основну мету обов'язкового медичного страхування.
8. Назвіть мету добровільного медичного страхування.
9. Охарактеризуйте досвід медичного страхування в країнах Східної

та Центральної Європи.

10. Охарактеризуйте досвід медичного страхування в країнах Західної Європи.

11. Що можна взяти для України з досвіду європейських систем медичного страхування?

Література

1. Закон України «Про страхування» від 07 березня 1996 р.

№ 85/96-ВР // ВВР України, 1996, № 18, С. 78.

2. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» №4981-1 від 18 липня 2016 р.
[://http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59811](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59811).

3. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування №16/98-ВР від 14 січня 1998 р. // ВВР України, 1998, № 23, С. 121.

4. Говорушко Т. А. Страхіві послуги: навч. посіб. / Т. А. Говорушко. – К. : Центр навчальної літератури, 2010. – 400 с.

5. Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С. В. Горохов, С. Д. Старинчук // Європейські перспективи. - № 3. – 2016. – С. 24-28.

6. Машина Н. І. Міжнародне страхування / Н. І. Машина. – К.: Центр учбової літератури, 2006. –502 с.