

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

Березюк Володимир Павлович

МЕХАНІЗМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ

Спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

АВТОРЕФЕРАТ

магістерської роботи на здобуття наукового ступеня
магістра публічного управління

Миколаїв – 2020

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Галузь національної охорони здоров'я є найважливішим соціально-економічним показником розвитку країни. Саме тому більшість країн, на сьогодні, погоджуються з тим, що громадяни не повинні сплачувати рахунки, коли вони хворіють чи потребують невідкладної допомоги. Медичне обслуговування має бути безоплатним, якщо в ньому виникає така необхідність. Саме так повинна формуватися сучасна система медичного страхування, чи то обов'язкового державного страхування чи добровільного медичного страхування, або їхнього поєднання. У нашій країні більшість громадян застраховані в системі обов'язкового медичного страхування (ОМС).

На сьогодні існує ситуація, коли система державних гарантій з надання безкоштовної медичної допомоги не може задовольнити всі потреби населення щодо якості та обсягу послуг, що надаються. Це обумовлює попит на медичні послуги в системі добровільного медичного страхування (ДМС). Через добровільне медичне страхування населення має можливість отримувати більш широкий спектр якісних медичних послуг. Добровільне медичне страхування є доповненням до безкоштовного забезпечення населення медичними послугами. Але чіткий механізм взаємодії добровільного медичного страхування та обов'язкового медичного страхування на сьогодні не визначено.

Розвиток добровільного медичного страхування надає значні можливості для поліпшення системи охорони здоров'я. В Україні система добровільного медичного страхування остаточно не сформувалася, оскільки все ще не напрацьовано відповідної законодавчої бази в цьому питанні, а також внаслідок «розмитого» уявлення населення щодо того, яке саме місце займає добровільне медичне страхування в системі охорони здоров'я та який механізм його дії. Крім того, розвиток добровільного медичного страхування має важливе соціальне значення.

У зв'язку з цим видається актуальним дослідження механізму функціонування добровільного медичного страхування, його місця в системі ринкових відносин, його взаємодії з обов'язковим медичним страхуванням, а також виявлення перспективних напрямків його розвитку в нашій країні в інтересах держави і населення.

На сьогодні проблеми сектора добровільного медичного страхування привертають увагу багатьох авторів. На початку ХХ ст. вчений Н. Вигдорчик досліджував добровільне медичне страхування як основу для створення обов'язкового медичного страхування. В даний час проблеми розвитку медичного страхування знайшли відображення у працях: А. Архипова, Ю. Ахвледіані, Ю. Волкова, Н. Грищенко, Ю. Лаврової, М. Морозова, Е. Русецької, Г. Чернової, Т. Федорової та інших.

Однак в сучасних вітчизняних публікаціях добровільне медичне страхування розглядається тільки як доповнення до обов'язкового медичного страхування; не досліджені особливості механізму функціонування та розвитку даного виду страхування в нашій країні та в країнах з розвиненою ринковою економікою, що ускладнює можливості використання в Україні накопиченого за кордоном досвіду добровільного медичного страхування.

Нормативною основою дослідження є положення та норми Основного Закону України, законів, підзаконних нормативно-правових актів, постанов КМУ, які є нормативно-правовими основами функціонування медичної галузі.

Емпіричну базу дослідження склали дані статистичних досліджень, що

характеризують розвиток добровільного медичного страхування за кордоном та в Україні, доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я, вітчизняні та міжнародні законодавчі та нормативні акти, документи вітчизняних та зарубіжних страхових компаній, що регулюють здійснення добровільного медичного страхування, матеріали науково-практичних конференцій, а також інша інформація, опублікована в періодичній пресі та в системі Інтернет.

Об'єктом дослідження – є система медичного страхування.

Предметом дослідження – є функціонування добровільного медичного страхування в умовах ринкової системи.

Метою дослідження є виявлення потреби модифікації існуючої моделі добровільного медичного страхування та удосконалення механізму його функціонування, а також розгляд конкретних проблем в сфері добровільного медичного страхування на прикладі страхових компаній.

Для реалізації даної мети потрібно було вирішення наступних **завдань**:

- вивчити сучасний стан ринку добровільного медичного страхування і виявити динаміку його розвитку;
- визначити відмінні риси добровільного медичного страхування в розвинених європейських країнах;
- виявити проблеми добровільного медичного страхування в Україні;
- сформулювати комплекс заходів щодо вдосконалення організації та оптимізації системи добровільного медичного страхування.

Методи дослідження. Методологічна база дослідження представлена загальними і спеціальними науковими методами. Серед загальних наукових методів можна виділити: аналіз і синтез, дедукцію та індукцію. Серед спеціальних методів: експертні методи, методи макроекономічного, економіко-статистичного, фінансово-економічного, організаційно-функціонального, порівняльного аналізу, а також економіко-математичні методи. Крім того за допомогою використання проблемно-пошукового методу було визначено проблему, узагальнено відповідні джерела з теми дослідження й запропоновано можливі шляхи її розв'язання; абстрактно-логічний метод було використано для аналізу наявних джерел, теоретичного узагальнення та формування відповідних висновків. Порівняльно-правовий та порівняльно-функціональний методи надали можливість встановити особливості запровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування в зарубіжних країнах та окреслити можливі шляхи їх використання у вітчизняних умовах. Науково-догматичний метод використовувався під час аналізу законодавства, який сприяв виявленню прогалин правового регулювання питань медичного страхування в цілому.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що автор обґрунтував теоретичні положення та розробив перспективні напрямки розвитку добровільного медичного страхування, а також модифікації існуючого механізму добровільного медичного страхування для вдосконалення організації та підвищення ефективності його функціонування; наголошено, що добровільне медичне страхування – є формою медичного страхування у випадках втрати здоров'я, що забезпечує можливість повного чи часткового відшкодування витрат на медичне обслуговування; встановлено соціально-економічне значення добровільного медичного страхування, котре полягає в доповненні гарантій щодо медичного обслуговування, що надаються населенню безкоштовно за

допомогою системи бюджетного фінансування медичних установ і обов'язкового медичного страхування; добровільне медичне страхування – це одне з найбільш перспективних видів страхування.

вперше

обґрунтовано науково-методичний підхід щодо формування і використання багаторівневої моделі фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування з урахуванням основних функцій фінансової системи держави: формування, розподілу, використання і контролю, що сприятиме зменшенню навантаження на бюджети шляхом збільшення обсягу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я за рахунок децентралізованих і централізованих страхових фондів;

удосконалено

комплексний науковий підхід щодо ДМС на регіональному рівні, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги, доповнюючи фінансові ресурси лікувально-профілактичних установ. Основними факторами для забезпечення більш високої якості медичної допомоги в лікувальних установах при ДМС є загальний техніко-економічний показник, фондоозброєність праці медичних працівників, кошти бюджету та ДМС;

теоретичне положення, що ДМС є вихідною історичною формою страхових взаємовідносин в сфері медичного страхування. Разом з тим в історії страхування в країнах з еволюційним розвитком ринкової економіки обов'язкове медичне страхування є наслідком надання страховим взаємовідносинам ДМС обов'язкового характеру. Тому в таких країнах страховики в системі ОМС, як правило, здійснюють і добровільне медичне страхування фізичних осіб, застрахованих у них по системі ОМС;

дістало подальшого розвитку

теорія, що об'єктивні структурні особливості добровільного медичного страхування, особливості його генезису, а також створення страхових продуктів добровільного медичного страхування в країнах з еволюційним розвитком ринкових відносин не представлені в практиці застосування добровільного медичного страхування в сучасній Україні, що є істотним чинником стримування розвитку даної форми медичного страхування в країні.

Апробація результатів дослідження. Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2020» на тему «Добровільне медичне страхування: загальна характеристика».

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що впровадження розроблених рекомендацій щодо вдосконалення механізму добровільного медичного страхування дозволить якісно підвищити рівень медичного страхування для населення в масштабі всієї країни, а також дозволить страховим компаніям знизити високий рівень збитковості за договорами добровільного медичного страхування. Результати дослідження можуть використовуватися в навчальному процесі для студентів різних спеціальностей при читанні курсів «Страхування», «Державне управління», «Публічна політика в сфері охорони здоров'я» тощо.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 100 сторінок, із них 80 сторінок основного тексту.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми, сформульовано мету та основні завдання, об'єкт і предмет, методи дослідження, висвітлено наукову новизну і практичне значення виконаної роботи. Наведено результати апробації основних положень та особистий внесок автора дослідження.

У **першому розділі** *«Теоретичні основи організації добровільного медичного страхування»* висвітлено теоретичні підходи в дослідженні державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні, охарактеризовано особливості впровадження медичної реформа в Україні та досліджено особливості проведення медичних реформ в пострадянських країнах.

Підрозділ 1.1. «Особливості становлення та розвитку добровільного медичного страхування» присвячений теоретичному аспекту дослідження даного питання.

Добровільне медичне страхування завжди присутнє на страхових ринках країн з еволюційним розвитком ринкової економіки. Воно формується з ініціативи потенційних страхувальників й існує, спираючись на платоспроможний попит, який зберігається в умовах надання державних гарантій на забезпечення населення країни медичними послугами.

Встановлено, що в історії розвитку ДМС в країнах з еволюційним розвитком ринкової економіки не знайдеться випадку, щоб держава законодавчим шляхом заборонила проводити даний вид страхування або яким-небудь чином обмежило поле його діяльності.

Положення законодавчих документів, що регулюють ДМС, спрямовані тільки на те, щоб захистити інтереси страхувальників від можливих шахрайських дій на ринку ДМС.

Крім того, в таких державах страховим медичним організаціям, що здійснюють ОМС, не заборонено здійснювати ДМС застрахованих в них осіб, що створює додаткові умови для розширення ринку добровільного медичного страхування.

Зроблено висновок, що вплив обов'язкового медичного страхування на розвиток добровільного медичного страхування має місце не тільки в нашій країні, а й в інших країнах, де діє система ОМС. Однак напрямки цього впливу в нашій країні мають певну специфіку, що потребує додаткового й ґрунтовного вивчення.

У *підрозділі 1.2. «Загальна характеристика та особливості медичного страхування в зарубіжних країнах»* розкрито особливості здійснення медичного страхування в провідних зарубіжних країнах.

Зазначено, що в зарубіжних країнах історично склалися дві базові моделі надання медичних послуг: державне загальне медичне обслуговування (модель Беверіджа) і страхова медицина в рамках соціального страхування (модель Бісмарка).

Єдину державну систему охорони здоров'я в Європі мають Данія, Іспанія, Фінляндія, Великобританія, Греція, Італія, Ірландія, Португалія та Швеція. При цьому в чотирьох країнах – Іспанії, Великобританії, Греції та Італії – для фінансування охорони здоров'я використовуються частина внесків, що надходять на медичне страхування.

Модель Бісмарка зберігається сьогодні в таких країнах як Німеччина, Австрія, Франція, Бельгія, Люксембург і Нідерланди.

Соціальний захист населення в сучасній Німеччині є ще однією з найбільш ефективних державних соціальних систем у всьому світі. Понад 90% громадян країни

беруть участь в системі соціального страхування і є застрахованими. Такі високі результати забезпечуються, перш за все, за рахунок послідовного розвитку системи державного медичного страхування. У порівнянні з медичним страхуванням інших країн можна відзначити, що в системі охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі задіяна система організації медичного страхування, в якій обов'язкове і добровільне медичне страхування існують паралельно. Незважаючи на те, що все населення застраховане за програмою обов'язкового медичного страхування, на ринку страхових послуг існує добровільне медичне страхування як реакція на виникнення попиту населення на додаткові або більш якісні послуги.

Зроблені висновки, що необхідність використання добровільного медичного страхування в зарубіжних країнах, що мають систему ОМС, пояснюється тим, що воно розширює можливості населення країни щодо отримання на страховій основі медичних послуг, причому не тільки тих послуг, які не входять до програми ОМС, а й тих, які входять. Дублювання послуг по ОМС і ДМС може відбуватися, по-перше, в тих випадках, коли при отриманні послуги з ДМС може бути скорочений період очікування, отримана послуга більш високої якості, в більш зручній для пацієнта з територіальної точки зору, медичній установі; по-друге, дублювання може мати місце, коли по ОМС певна послуга надається в обмеженому обсязі, й розширення обсягу може відбуватися або за рахунок її прямої оплати пацієнтом, або за рахунок оплати за договором ДМС.

У другому розділі *«Аналіз діяльності страхових компаній в сфері добровільного медичного страхування»* проаналізовано особливості державної політики та державного регулювання діяльності страхового ринку та страхових компаній, висвітлено проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я, досліджено наявний міжнародний досвід державного регулювання страхової діяльності.

У підрозділі 2.1. «Особливості державного регулювання діяльності страхових компаній» вказано, що в умовах ринкової економіки медичне страхування є найважливішою складовою частиною системи охорони здоров'я, покликаної до усунення або пом'якшення впливу ряду непередбачених обставин, що виникають в житті людини і негативно відбиваються на її здоров'ї, шляхом повного або часткового відновлення працездатності.

Доведено, що базові рішення і заходи щодо ДМС, необхідно реалізувати на макрорівні (державне і регіональне / муніципальне управління) і мікрорівні (управління діяльністю окремих медичних установ); ці рішення не передбачають збільшення витрат фізичних і юридичних осіб, але вносять зміни в систему фінансування національної охорони здоров'я. Запропоновані рішення забезпечать зростання якості медичних послуг в сфері охорони здоров'я, а отже, гармонізують інтереси держави і суспільства в цій сфері, що сприятиме досягненню ряду стратегічних цілей; серед основних цілей тут варто виділити: збільшення тривалості та рівня життя населення, підвищення продуктивності праці в економіці, позитивна якісна і кількісна демографічна динаміка і т.д.

Зроблено висновок, що особливості страхової діяльності породжують особливості аналізу господарської діяльності страхової організації. Недостатній рівень якості послуг, що надаються в системі ОМС на тлі економічної кризи, дозволяє ДМС виступати інструментом надання фізичним особам високоякісного рівня медичних послуг, понад норми, передбачених системою обов'язкового страхування. Тому ДМС є найбільш солідарною формою залучення особистих коштів населення, а сформований страховий пул тут виступає джерелом відшкодування витрат на лікування. Страховий принцип

дозволяє знизити витрати хворих в момент отримання медичної допомоги. У той же час розмір страхового пулу в разі ДМС істотно нижчий, ніж в ОМС або бюджетної системи охорони здоров'я. Саме дана система страхування громадян в контексті напрямків соціальної політики держави дозволяє створити страховий захист населення, що значно підвищує якість медичних послуг і надає підвищені соціальні гарантії.

Таким чином, можемо виділити основні перспективи підвищення ефективності державного регулювання страхової діяльності на вітчизняному страховому ринку, а саме:

1. Визначення гарантованого комплексу обов'язкових медичних послуг для інтенсивності розвитку вітчизняної системи ДМС, а також важливість прийняття закону про ДМС і конкретних заходів щодо розвитку ринку ДМС.

2. Удосконалення застосування податкових пільг і збільшення граничного рівня витрат в даному страховому сегменті (з 6 до 10% від суми витрат на оплату праці).

3. Оптимізація збитковості діяльності страхової компанії, і зростання її продуктивності, з урахуванням випереджаючого зростання цін на ринку медичних послуг.

4. Розробка спеціальних державних, регіональних, місцевих програм з медичного страхування для підприємств малого та середнього бізнесу, що дозволяють їм при менших витратах отримувати якісні медичні послуги.

5. Конвергенція страхових ризиків і пропозиція нових продуктів ДМС.

У підсумку основою якісного розвитку системи вітчизняної охорони здоров'я є стабільний і повноцінний ринок ДМС, де стратегічні державні орієнтири спираються на критерії поліпшення здоров'я населення.

У підрозділі 2.2. «Проблеми діяльності страхових компаній в сфері добровільного медичного страхування» зазначено, що ключова мета страхової діяльності полягає в тому, щоб, з одного боку, забезпечити мотивацію населення до прийняття на себе соціальних ризиків і заходів їх зниження, а з іншого боку, модернізувати науково-практичну платформу функціонування страхових установ і забезпечити їх перехід до нової парадигми управління: від реактивного управління окремими процесами до їх інтегрованого планування та формування в кожній компанії платформи надання послуг на основі високотехнологічної, соціально відповідальної медицини. Слід особливо підкреслити, що просте копіювання зарубіжних підходів до організації медичного страхування і медичної допомоги населенню у вітчизняних умовах неможливо, оскільки, наприклад, Національна служба охорони здоров'я Великобританії функціонує не за рахунок страхових, але за рахунок податкових внесків. Для української дійсності на тлі переходу до нових принципів надання пенсійних гарантій копіювання британського досвіду означало б збільшення податкового тягара для фізичних та юридичних осіб, але це може привести до подальшої соціальної дестабілізації суспільства та держави.

Зроблено висновок, що ефективність витрат на медичне обслуговування, вироблених через систему ДМС, вище, ніж витрат на пряму оплату медичних послуг, про що свідчить досвід багатьох зарубіжних країн. Однак для досягнення такої ефективності необхідно, щоб ДМС здійснювалося на основі страхових принципів, щоб страховики розширювали перелік послуг, пропонованих в рамках страхових програм, і освоювали нові напрямки розвитку. Крім того, аби наблизити діяльність вітчизняного страхового ринку до міжнародних стандартів та підвищити рівень ефективності та надійності страхових компаній, необхідно провести ряд заходів, а саме:

- розробити та впровадити систему кодексів (торговельного, цивільного, господарського, податкового);

- послідовно вдосконалювати фінансове та банківське законодавство;

- сформувати сукупність нормативно-правових та законодавчих актів, що охоплюватимуть всі сектори ринкової економіки, сприятимуть впорядкуванню взаємовідносин між суб'єктами страхового ринку на всіх фазах страхового процесу;

- створити єдиний інформаційно-аналітичний центр, що буде опрацьовувати масиви даних щодо фінансування страхового ринку;

- збільшити розміри статутного капіталу, що створить умови брати на себе більшу відповідальність та утримувати великі ризики без відповідної передачі на перестраховання й певною мірою встановити своєрідний економічний бар'єр для переведення страхових платежів за кордон;

- створити саморегулюючу організацію страховиків;

- забезпечити ефективне державне регулювання та нагляд сфери страхування, враховуючи стандарти та принципи, що були рекомендовані Міжнародною асоціацією органів за страховою діяльністю.

Адаптувати вітчизняну систему державного регулювання страхового ринку до існуючих стандартів зарубіжних країн потребує виваженості та поступовості. Такий процес повинен ґрунтуватися на подальшому зміцненні страхового ринку в Україні в цілому, підвищенні фінансової стійкості страхових компаній та якісних страхових послугах.

У третьому розділі *«Проблеми добровільного медичного страхування та шляхи їх вирішення»* проаналізовано державну політику регулювання вітчизняного страхового ринку, здійснено оцінку ефективності основних заходів підвищення ефективності медичного страхування в цілому та ДМС зокрема, розроблено основні напрями підвищення ефективності ДМС в контексті реалізації медичної реформи.

У підрозділі 3.1. *«Проблеми добровільного медичного страхування в Україні»* визначено, що функціонування СОЗ в нашій країні є вкрай неефективним та не створює відповідних передумов щодо надання якісної медичної допомоги населенню в тих необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених категорій населення. Тривалі процеси становлення в Україні ринкової системи господарювання, обрання курсу на соціально-орієнтовану державу зумовлюють необхідність проведення реформи щодо перебудови економіки СОЗ та впровадження багатоканальної системи фінансування. Особливого місця в перебігу даних процесів потребує питання ефективного розвитку та функціонування медичного страхування. Саме медичне страхування, у всіх його проявах, повинно стати, на сьогодні, невід'ємною частиною системи соціального гарантування для кожного громадянина, оскільки перехід СОЗ на принципи медичного страхування спрямовані на подальше збереження та покращення здоров'я громадян країни шляхом введення економічної відповідальності та зацікавленості самих громадян, установ, підприємств у здійсненні ОМС та ДМС.

Особливості організації СОЗ розвинених країн здійснюються із врахуванням інтересів всіх соціальних верст населення та характеризується надзвичайно різноманітними формами, оскільки кожна з них містить відбиток особливостей становлення та розвитку СОЗ, а також економічних, культурних та політичних характеристик. Більші країн вже досить давно сформували систему взаємодоповнюючого

соціального захисту представленого державним соціальним забезпеченням, груповим та індивідуальним страхуванням.

Зроблено висновок, що сучасні страховики, які здійснюють добровільне медичне страхування, мають можливість визначення страхових тарифів на основі розроблених методик попередніх розрахунків. Такі методики спираються на масиви статистичних даних, що характеризують частоту настання захворювань у певних груп населення, вартість лікування таких захворювань та інші необхідні характеристики застрахованих ризиків. Все це було відсутнє в ті далекі часи, коли зародилося і почало свій розвиток добровільне медичне страхування. В умовах високої невизначеності фінансового результату діяльності самої страхової організації, метод взаємного страхування дозволяв створювати страховий захист по ДМС для тих, хто хотів її придбати. У разі, коли розміри компенсації витрат на медичне обслуговування перевищували створений страховий фонд, на загальних зборах установи могли прийняти рішення або пропорційно зменшити страхові виплати для всіх членів, або зробити додаткові внески. Якщо ж фінансовий результат діяльності опинявся позитивним, тобто страховий фонд не було витрачено за рік, тоді, кошти, що залишилися в ньому, не розподілялися між співвласниками цього фонду, а витрачалися в наступні періоди на виплату страхового відшкодування.

У підрозділі 3.2. «Шляхи підвищення ефективності добровільного медичного страхування» показано, що держава повинна приділяти значну увагу розвитку медичного страхування, особливо ДМС. З цією метою на початкових етапах введення ОМС задля підтримки зацікавленості у ДМС доцільним є встановлення економічних стимулів для роботодавців (наприклад, надання дозволу відносити страхові платежі по ДМС власних працівників до витрат). Розвиток системи мед страхування сприятиме формуванню уніфікованої системи класифікації медпослуг й ціноутворення на них, а також забезпечуватиме належний контроль за якістю вказаних послуг у всіх мед установах, що працюють у системі мед страхування. З метою стимулювати активність населення щодо здійснення мед страхування доцільним є проведення відповідної інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо ДМС. Крім того, поетапне впровадження вказаних заходів та ефективна взаємодія державних органів влади, страхових компаній та мед установ сприятиме та стимулюватиме необхідний розвиток мед страхування в нашій країні.

Зроблено висновок, що один з основних напрямків розвитку ДМС – це визначення гарантованого набору послуг, що надається в рамках програми ОМС, тобто необхідно законодавчо закріпити державні гарантії медичної допомоги населенню та визначити публічні зобов'язання в сфері охорони здоров'я. Так само необхідно автоматизувати облік послуг в медичних установах, що дозволить знижувати витрати на систему ОМС та інші джерела платежів (кошти пацієнта або виплати по ДМС). І найголовніше – необхідно прийняття окремих законів про ДМС, що визначить конкретні заходи щодо розвитку ринку ДМС і його місце в системі охорони здоров'я країни. Тому заходи, спрямовані на підтримку розвитку ринку ДМС з боку законодавства необхідні. Застосування цілеспрямованих заходів сприятиме виключенню дублювання платежів, а значить, зниження вартості поліса ДМС. Робота ринку ДМС матиме цілий ряд позитивних ефектів:

- зростання соціальної стабільності;
- зниження інформаційної асиметрії на ринку медичних послуг;
- підвищення ефективності системи охорони здоров'я;
- зростання інвестицій в будівництво медичних центрів.

З огляду на ці ефекти, держава повинна сприяти розвитку вітчизняного ринку ДМС.

Крім того, ефективне функціонування ДМС як повноцінного сегменту ринку страхування в розвитку суспільства сприятиме:

- розширенню можливостей доступу населення до медичних послуг, в тому числі до послуг, які були охоплені системою ДМС, ці послуги мають більш високу якість, виявляються з меншим очікуванням, забезпечують більш високий рівень супутніх сервісів;
- постійному зовнішньому контролю якості послуг, що надається з боку страховика, формуванню системи гарантій якості медичних послуг, які надаються застрахованим за договорами ДМС;
- завдяки системі ДМС у застрахованих громадян виховуватиметься відповідальне ставлення до свого здоров'я та економічне стимулювання профілактики захворювань.

ВИСНОВКИ

На сьогодні послугами ДМС користується малий відсоток населення з відносно низькою реальною оплатою праці при істотній диференціації доходів працюючих. На думку експертів, щоб не допустити стагнації ринку медичного страхування за відсутності законодавчих ініціатив щодо функціонування ДМС і ОМС страховики повинні розробляти і пропонувати клієнтам нові продукти, які стануть передумовою зростання ринку в майбутньому. За умов високої вартості лікування критичних захворювань потенційний попит на такі програми ДМС дуже високий. Крім того, з розвитком програм, що включають критичні захворювання, виросте і частка фізичних осіб у внесках по ДМС. Для сучасної України надзвичайно важливо забезпечити права застрахованих в системі медичного страхування в частині отримання медичних послуг необхідного обсягу послуг та якості. Крім розробки нормативної бази, що забезпечує права застрахованих осіб, необхідно визначити конкретні механізми компенсації заподіяної шкоди потерпілим.

В результаті проведеного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. Добровільне медичне страхування відноситься до галузі особистого страхування та його об'єктом виступають майнові інтереси, пов'язані з оплатою організації та надання медичної та лікарської допомоги внаслідок розладу здоров'я фізичної особи, включаючи профілактичні заходи. Таким чином, ДМС покликане захищати майнові інтереси застрахованої особи, пов'язані з оплатою медичних послуг. У зв'язку з цим стан і розвиток ринку добровільного медичного страхування можна розглядати з двох позицій: як сегмента страхового ринку і як джерело фінансування охорони здоров'я. На сьогодні ДМС існує і розвивається переважно як інструмент реалізації елементів корпоративної соціальної політики великих підприємств, вельми чутливий до соціально-економічної ситуації і територіально сконцентрований там, де є умови до реалізації тієї самої корпоративної соціальної відповідальності.

2. Важливою відмінністю ДМС від інших видів страхування в зарубіжних країнах є виконання соціальних функцій:

по-перше, зниження тіньового фінансування в системі охорони здоров'я і підвищення її ефективності в цілому (за оцінками експертів, розмір тіньових платежів становить до 30 відсотків від всього ринку платних послуг в медицині);

по-друге, розробка та впровадження більш високих стандартів медичної допомоги населенню (ДМС передбачає високоякісну медичну допомогу з високим рівнем сервісу).

Пацієнт, який звик до такого рівня обслуговування, підвищує свої вимоги і до державної системи. В даний час ДМС доповнює обов'язкове (соціальне) медичне страхування, в його рамках відбувається проведення операцій за договорами, які передбачають оплату деяких медичних послуг, що не входять до програми ОМС. Необхідність ДМС обумовлена наявністю потреби в забезпеченні страхувальнику гарантій виплати компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних з зверненням до лікувального закладу застрахованої особи за укладеним договором ДМС. Основна частина ринку ДМС в зарубіжних країнах доводиться на корпоративних клієнтів. Корпоративне страхування в перерахунку на одного застрахованого коштує значно дешевше, ніж страхування кожної окремої людини. За статистикою, основну частку в загальному обсязі ДМС становить страхування життя і здоров'я співробітників.

3. Особливості розвитку національного страхового ринку, на сьогодні, відбуваються за умов подальшого підвищення зацікавленості юридичних та фізичних осіб захищати власні майнові інтереси, розвитку ринку фінансових послуг та формування нацсистеми кредитування, впровадження системи недержавного пенсійного забезпечення. Крім того існують фактори, котрі виступають стримуючими чинниками подальшого розвитку ринку страхових медичних послуг – недосконалість захисту прав споживчій страхових послуг та вузька база клієнтів. Встановлено, що страхування, все ще, не є невід'ємною частиною ринку, що активно розвивається. Основний тягар витрат щодо ліквідації наслідків природно-техногенних катастроф лягають на державний та місцевий бюджет. Можливості національних страхових компаній сплачувати та компенсувати значні страхові ризики (екологічного, індустриального та ін. характеру) є практично нульовими. Більшість компаній все ще не мають достатнього досвіду щодо проведення відповідних видів страхування. Однак, незважаючи на такий стан речей, ринок ДМС має величезний потенціал для розвитку в нашій країні, про що свідчить й тривала динаміка позитивного розвитку. Крім того, більшість великих компаній почали страхувати власних співробітників для забезпечення їм відповідного соціального пакету, що також є додатковою перевагою для працівників під час вибору роботи та роботодавця. Як наслідок, за рахунок медичного страхування відбувається й розвиток медичного сервісу. Однак, ДМС – це все ж таки досить збитковий продукт страхування, оскільки споживачу послуг завжди намагатимуться максимально використовувати всі медичні послуги, що були передбачені страховим договором. Це призводить до того, що страхові компанії починають встановлювати високі відсотки франшиз за умов, що клієнт бажає скористатися дорогими мед послугами. В цілому, є всі підстави стверджувати, що ринок ДМС буде активно розвиватися в найближчі роки.

5. Розроблено рекомендації щодо поліпшення розвитку ДМС в Україні, а також удосконалення існуючого механізму функціонування ДМС:

– необхідним є внесення змін в існуючу законодавчу базу і страхові тарифи по ОМС, що дозволить залучати приватні клініки в систему ОМС для удосконалення системи ДМС, поліпшити якість медичного обслуговування і супутніх сервісів. Також доцільно, в разі прийняття відповідних нормативно-правових актів, сформуванню конкурентне середовище на ринку медичних послуг в цілому та страхування зокрема;

– залучення приватних клінік, взаємодіючих зі страховими компаніями по ДМС, в систему ОМС, яке дозволить удосконалити систему ДМС, знизити збитковість за договорами ДМС, що є головною проблемою страхових компаній в цьому виді страхування. Крім того, це дозволить раціоналізувати кошти громадян, а також поліпшити якість медичного обслуговування в системі ОМС;

– об'єднання ДМС і ОМС в одній страховій групі. Таким чином, страхова група бере на себе зобов'язання щодо забезпечення як стандартного пакету державних гарантій по ОМС, так і додаткових послуг, передбачених комерційної страховкою. Таке об'єднання дозволяє уникнути виникнення ситуації дублювання страхових внесків: страховий внесок на ОМС зачитується при придбанні поліса ДМС;

– можливим рішенням для зниження високої збитковості страхових компаній за договорами ДМС також є застосування нової моделі взаємодії на ринку ДМС. Дана модель полягає в тому, що застрахованим за корпоративними договорами ДМС надається можливість звертатися за медичною допомогою до медичних установ, зазначені в «основному» списку, на умовах повної оплати страховою компанією наданих їм медичних послуг. Крім цього, застраховані особи можуть звертатися в медичні заклади, зазначені в «додатковому» списку, за умови, що «застрахований частково покриває витрати на медичні послуги, а решту витрат покриває страховик. Частка витрат, яку сплачує застрахований при зверненні до установ із додаткового списку, формується при підписанні договору між споживачем і страховиком;

– створення єдиної бази даних, в якій буде відображена вся медична історія пацієнтів. Втілення цього заходу можливо лише за умови, що державні медичні установи будуть надавати цю інформацію страховим компаніям. Але в зв'язку з тим, що ця інформація є лікарською таємницею, без законодавчого регулювання даного питання це не представляється можливим. На сьогодні працівники медичних організацій вже мають право надавати інформацію страховим компаніям про застрахованих осіб, за умов письмової згоди останніх. Однак за статистикою в половині випадків страхові організації отримують відмову, що робить неможливим своєчасне встановлення факту настання страхових випадків і призводить до значного збільшення термінів надання виплат або до відмови від них. Проведення самостійних розслідувань страховиками призводить до підвищення рівня витрат і цін на страхові поліси. Доступ до інформації про хвороби пацієнтів надасть можливість страховикам продавати страхові поліси за нижчими цінами, а також зменшити виплати по ним;

– забезпечити належний контроль за використанням встановлених стандартів всіма медичними установами, котрі працюють в системі ДМС, незважаючи на їх відомчу підпорядкованість та організаційно-правові форми.

Створення єдиної бази з медичної історією пацієнтів значно спростить оцінку ризиків при укладанні договорів ДМС і матиме позитивний вплив на галузь охорони здоров'я в цілому.

Анотація

Медичне страхування – форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що має своєю метою гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансувати профілактичні заходи

Доведено, що медичне страхування класифікується на ОМС і ДМС. ОМС має основні риси державного страхування, воно поширюється на все населення країни та гарантує фіксований обсяг медичних послуг і має видимі умови надання допомоги застрахованим.

Встановлено, що головними недоліками ДМС є: вузький перелік гарантованих медичних послуг по ДМС; недостатній професіоналізм надання частини медичних послуг по ДМС.

Наголошено, що на відміну від ОМС, ДМС є не обов'язковим і повнішим. ДМС передбачає додаткові медичні послуги, які не включені в програми ОМС. Мета ДМС полягає в наданні гарантованої допомоги клієнтам в разі захворювання, травми та іншого ушкодження здоров'я, в повному обсязі. Головним недоліком добровільного медичного страхування є те, що не всі страховики забезпечені в повному обсязі медичним обладнанням і ліками. Це пов'язано з тим, що вартість подібних медичних послуг є дорогою.

Доведено, що в існуючому сценарії соціально-інноваційного розвитку нашої країни в умовах нестабільності економіки можна очікувати зростання як державних, так і приватних витрат на галузь охорони здоров'я. Серед позитивних тенденцій в розвитку страхування слід відмітити, що державне і приватне медичне страхування не конфліктують між собою, а швидше доповнюють один одного. При цьому ОМС забезпечує гарантований мінімум безкоштовних медичних послуг, а ДМС – понад даного мінімуму, що допомагає істотно збільшити список доступних медичних послуг.

Ключові слова: медична реформа; державна політика; державне регулювання; страхування; медичне страхування; обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування.

Annotation

Medical insurance – a form of social protection of the interests of the population in health care, which aims to guarantee citizens in the event of an insured event receiving medical care at the expense of accumulated funds and to finance preventive measures.

It is proved that health insurance is classified into MHI and LCA. MHI has the main features of state insurance, it covers the entire population of the country and guarantees a fixed amount of medical services and has visible conditions for providing assistance to the insured. It is established that the main disadvantages of the LCA are: a narrow list of guaranteed medical services under the LCA; insufficient professionalism in providing some medical services under the LCA.

It is emphasized that, unlike MHI, VHI is not mandatory and more complete. VHI provides additional medical services that are not included in MHI programs. The purpose of the LCA is to provide guaranteed assistance to clients in case of illness, injury and other damage to health, in full. The main disadvantage of voluntary health insurance is that not all insurers are fully provided with medical equipment and medicines. This is due to the fact that the cost of such medical services is expensive.

It is proved that in the current scenario of social and innovative development of our country in the conditions of economic instability we can expect an increase in both public and private spending on health care.

Among the positive trends in the development of insurance should be noted that public and private health insurance do not conflict with each other, but rather complement each other.

At the same time, the MHI provides a guaranteed minimum of free medical services, and the LCA – above this minimum, which helps to significantly increase the list of available medical services.

Key words: medical reform; public policy; state regulation; insurance; Medical Insurance; compulsory health insurance; voluntary health insurance.