

УДК 336.145:330.34+332.122(477)

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Третяк Д.Д.

Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко

На сегодня в Украине действует несовершенная система медицинского обеспечения, которая находится в кризисном состоянии. По нашим выводам, для определения оптимальной модели, которая будет учитывать все особенности украинской системы финансирования здравоохранения в кратко- и долгосрочной перспективе, целесообразно воспользоваться методом TOPSIS. По результатам подсчетов определено, что как в краткосрочной так и в долгосрочной перспективе оптимальной для Украины моделью финансирования здравоохранения является немецкая, то есть социально-страховая модель, согласно которой обязательным медицинским страхованием охвачено 60% населения, еще 10% – добровольным медицинским страхованием, финансирование из государственного бюджета предусматривается в размере 15%, а остальные 15% формируются за счет личных средств населения.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, здравоохранение, больничные кассы, медицинские услуги, страховой медицинский полис, методика TOPSIS, медицинские учреждения, страховые взносы.

Постановка проблемы. Существующая в Украине система медицинского обеспечения является несовершенной и находится в кризисном состоянии. Проблема, в частности заключается в недостаточном финансировании, что приводит к низкому уровню медицинской помощи населению. Этому предшествует неравномерное распределение ресурсов и низкая доля расходов на здравоохранение по отношению к ВВП.

Анализ последних исследований и публикаций. Вопросам исследования медицинского страхования посвящен ряд работ ученых и практиков таких, как В.Д. Базилевич, Р.В. Пикус, А.В. Бондарь, Т.А. Говорушко, А.Е. Губарь, Н.А. Долгошея, А.Н. Залетов, Т.П. Евтушенко, А.Р. Окунский, Т.В. Педченко, В.И. Плиса, Т.В. Яворская и других. Отдавая должное исследованиям ученых в этой сфере, следует отметить, что в отечественной экономической литературе не хватает фундаментальных исследований, которые охватывали изучение комплексных проблем медицинского страхования и научных разработок, ориентированных на практическое применение и обобщения накопленного опыта.

Цель статьи. Целью статьи является исследование проблемных вопросов развития системы

медицинского страхования в Украине, а также поиск путей его совершенствования.

Изложение основного материала. Финансовое обеспечение здравоохранения в развитых странах осуществляется из разных источников: государственного бюджета, средств предприятий и вкладов частных лиц. Основываясь на этом, выделяют следующие основные модели финансирования здравоохранения:

- государственную (обязательную), в основе которой лежит бевериджеская концепция;
- бюджетно-страховую, которая основывается на бисмарковской концепции;
- частно-предпринимательскую.

При государственной модели, оплату медицинских услуг проводят из основных доходов государства. Выделение финансирования на все осуществляемые услуги рассматривают как часть процесса планирования общих правительственных расходов. В свою очередь, бюджетно-страховая модель характеризуется тем, что медицинские услуги оплачиваются за счет взносов в фонд здравоохранения. Самым простым является вклад, который делает работодатель и работник. Взносы зависят от платежеспособности, а доступ к услугам – от потребности. Медицинский фонд

(или фонды) обычно независимы от государства, но действует в рамках законодательства. За социальным страхованием гарантируется право на точно обусловленные виды услуг и устанавливаются такие доли вкладов и на таком уровне, которые дают гарантию использования такого права.

А для частно-предпринимательской модели характерно, что население, которое страхуется, выплачивает премию страхователю, сумма которой определяется ожидаемой средней стоимости услуг, предоставляемых им, причем подвержены большему риску, платят больше. Прямая оплата услуг пациентами не относится к страхованию. Пациенты платят за медицинские услуги в соответствии с тарифами [4].

Современные системы медицинского страхования в Европе носят преимущественно децентрализованный характер и наполняются из трех источников финансирования: субсидии государства, целевые взносы работодателей и взносы самих работников. Соотношение этих вкладов сильно варьирует в разных странах.

Одной из первых стран, где было введено медицинское страхование, является Федеративная Республика Германия (ФРГ), в которой действующими являются два вида медицинского страхования: государственное и частное. Государственное медицинское страхование ФРГ является всеобъемлющим: каждый наемный работник, а также лица, обучающиеся на производстве, подлежат обязательному государственному медицинскому страхованию и должны быть членами одной из свободно избранных ими государственных больничных касс. При определенных условиях обязательному государственному медицинскому страхованию подлежат лица, получающие пособие по безработице, работники сельского и лесного хозяйства и члены их семей, лица, занимающиеся творческой деятельностью, студенты, пенсионеры и т.д. [7, с. 40-41].

Кроме выделенных, услугами и защитой государственного медицинского страхования пользуются также лица, которые добровольно стали членами государственных больничных касс. Отметим, что в отличие от частных, государственные больничные кассы не имеют права отказывать лицам в членстве. Система медицинского страхования ФРГ решает свои задачи достаточно автономно и независимо от государственного бюджета [2].

Ярким примером использования системы бюджетного финансирования здравоохранения является Великобритания, основная часть медицинских учреждений которой принадлежит государству, а управление, по иерархическому принципу, осуществляют центральные и местные органы власти. Система Национальной службы здравоохранения (НСЗ) Великобритании охватывает все категории населения, то есть направлена на осуществление полноценной медицинской помощи, доступной каждому гражданину без исключения, и предусматривает финансирование здравоохранения из общих налоговых поступлений в государственный бюджет.

Среди характерных особенностей этой системы следует выделить: недостаток финансовых ресурсов; незаконченная система оплаты труда и связанный с этим дефицит кадров; недо-

статочное развитие системы первичной медико-санитарной помощи; практическое отсутствие контроля со стороны потребителей медицинских услуг; самооценка работниками здравоохранения своей деятельности; необходимость децентрализации управления; недостаточное рациональное и эффективное использование ресурсов.

Система медицинского страхования также присоединена к приобретению медицинской помощи. Частное медицинское страхование в Великобритании охватывает преимущественно те сферы медицинских услуг, которые не обеспечиваются Национальной службой здравоохранения. Частным добровольным медицинским страхованием охвачено более 13% населения [5, с. 106-107].

Следующей страной, систему медицинского страхования которой мы рассмотрим являются Соединенные Штаты Америки. Страховая медицина в США значительно отличается от западноевропейской. Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения. Работающих по найму страхуют работодатели. Незастрахованные по обязательному медицинскому страхованию могут купить полисы добровольного медицинского страхования.

На сегодня в США существует система медицинского страхования, базирующаяся на сочетании центрального страхового фонда с сетью местных независимых страховых организаций. Средства аккумулируются в центральном фонде, который не выполняет административных функций, а затем разделяются между страховыми организациями на основе законодательно утвержденной формы расчетов.

Самым распространенным видом страхования по месту работы является страхование от болезней, однако наниматели вовсе не обязаны его предоставлять. В крупных компаниях медицинское страхование является почти неотъемлемым условием. Также в США присутствуют определенные федеративные (социальные) программы для определенных слоев населения [8, с. 37].

В США медицинское страхование тесно связано с трудовой деятельностью. Экономика медицинского обслуживания в США – парадоксальная совокупность недостатков и преимуществ. США тратят на здравоохранение 11,5% валовой прибыли – больше, чем любая другая страна в мире и одновременно более 15% американцев не имеют никакого финансовой защиты от больших затрат на медицинскую помощь из-за отсутствия страховых медицинских полисов [9].

Во Франции медицинское страхование было введено в 1910 году. Сначала в виде фондов взаимопомощи, которые с 1928 года были преобразованы в страховые компании. На сегодня во Франции существует единая иерархия страховых касс, действует вертикальная система медицинского страхования: мощная Национальная страховая организация (национальная касса страхования наемных рабочих), находится под контролем Министерства социального обеспечения и труда и занимает 78% населения. Национальная страховая организация 129 местных отделений, каждое из которых отвечает за страхование в отдельном регионе и не конкурирует с другими.

Подводя итог краткого обзора различных программ и зарубежных систем медицинского страхования, нужно констатировать, что во всех государствах используются те или иные формы и виды медицинского страхования как добровольного так и обязательного. Только экономически развитые страны могут позволить себе иметь государственную систему финансирования здравоохранения.

Однако, по нашему мнению, наиболее приемлемой для большинства стран является смешанная форма финансирования, при которой страховые взносы платят государство, работодатели и граждане. В то же время обеспечивается доступность медицинской помощи для неработающих граждан и социально незащищенных слоев населения, через законодательное определение гарантированного уровня бесплатного медицинского обслуживания. Взносы на обязательное медицинское страхование для этих слоев населения осуществляются за счет средств соответствующих бюджетов. Доля государственных средств должна быть не ниже 50% от общего объема вкладов.

Медицинское страхование это одна из важнейших составляющих эффективного функционирования национальной системы здравоохранения и является формой защиты от риска, который угрожает самому ценному в личном и общественном плане – здоровью и жизни человека. На данный момент страхование в сфере охраны труда выступает реальной альтернативой бюджетному финансированию, которое уже не способно обеспечить конституционное право граждан на получение бесплатного медицинского обслуживания. Развитие медицинского страхования является необходимостью в условиях ухудшения экономической ситуации в стране для улучшения жизни общества в будущем.

На сегодня в Украине действует несовершенная система медицинского обеспечения, находящегося в кризисном положении. Так на одного гражданина в бюджете выделено 46 евро (3,7% от ВВП), в то время как по выводам ВОЗ при затратах на систему здравоохранения менее 5% от ВВП она не способна выполнять свои функции.

Во времена СССР эта цифра равнялась 6-6,5% на душу населения. В США эта цифра составляет от 11% до 14%, в ФРГ – 10-11%. По расходам на здравоохранение мы отстаем от западных стран в 30 – 70 раз. Эксперты ООН пришли к выводу, что если уровень медицинской помощи останется таким же, то к 2050 году количество молодых людей (до 14 лет) в нашей стране уменьшится вдвое [6].

Исходя из этого можно утверждать, что действующая в Украине система здравоохранения, которая построена преимущественно на бюджетных началах, продемонстрировала свою неэффективность.

Поэтому, на современном этапе актуальным является исследование и формирование такой оптимальной модели финансирования здравоохранения в Украине, которая бы удовлетворяла право каждого гражданина на качественную и гарантированную медицинскую помощь, которая способна обеспечить более эффективное использование финансовых ресурсов и независимый

вневедомственный контроль качества медицинского обслуживания граждан.

По нашим выводам, для определения оптимальной модели, которая будет учитывать все особенности украинской системы финансирования здравоохранения в кратко- и долгосрочной перспективе, целесообразно воспользоваться методом TOPSIS – упорядочение преимуществ из-за сходства с идеальным решением (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution), который базируется на концепции, что выбранная альтернатива должна иметь наименьшее расстояние до идеального решения и наибольшую – к идеально негативному решению), оценивает матрицу, содержащую k альтернатив. Принятие решений происходит на основе l критериев. Поскольку все критерии могут иметь различную важность, был назначен вес критериям экспертным путем [3, с. 67-73].

Алгоритм применения методики TOPSIS можно описать следующим образом:

Шаг 1. Нормализация матрицы решения. На этом уроке критерии, имеют разные единицы измерения, превращают в безразмерные критерии, что позволит осуществить в дальнейшем их сравнения. Один из подходов – это разделить значение каждого критерия на норму вектора суммы значений критерия.

Элемент r_{ij} нормализованной матрицы вычисляется как:

$$r_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^k x_{ij}^2}} \quad (1)$$

Шаг 2. Построение взвешенной нормализованной матрицы решения. Здесь к нормализованной матрице решения применяются заданные веса:

$$w = (w_1, w_2, \dots, w_l) \sum_{j=1}^l w_j = 1 \quad (2)$$

Матрицу получают путем умножения каждого столбца нормализованной матрицы решения на соответствующий весовой коэффициент w_j : $u_{ij} = w_j \times r_{ij}$.

Шаг 3. Определение идеального и идеально-негативного решения. Определим две искусственные альтернативы A^* и A^- таким образом:

$$a) A^- = \left\{ (\min_i u_{ij} | j \in J^{\max}), (\max_i u_{ij} | j \in J^{\min}), i = 1, 2, \dots, k \right\} = \{u_1^-, u_2^-, \dots, u_l^-\}$$

$$б) A^* = \left\{ (\max_i u_{ij} | j \in J^{\max}), (\min_i u_{ij} | j \in J^{\min}), i = 1, 2, \dots, k \right\} = \{u_1^*, u_2^*, \dots, u_l^*\}$$

$$в) J^{\max} = \{j | j = 1, 2, \dots, l | \text{по } j \text{ необходимо максимизировать}\}$$

$$г) J^{\min} = \{j | j = 1, 2, \dots, l | \text{по } j \text{ необходимо минимизировать}\}.$$

Шаг 4. Вычисление степени близости. Расстояние от одной альтернативы к другой может быть вычислено с помощью формул, определяющих – мерное евклидовое расстояние. Так, расстояние между i -ой альтернативой и идеальной вычисляется как:

$$S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^l (u_{ij} - u_j^*)^2} \quad i = 1, 2, \dots, k \quad (3)$$

Шаг 5. Вычисление относительной близости к идеальному решению. Относительная близость альтернативы определяется как:

$$0 < C_j^* < 1, \quad i = 1, 2, \dots, k$$

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^*} \quad (4)$$

Шаг 6. Ранжирование порядка преимуществ. Набор альтернатив теперь может быть ранжированный в соответствии со значениями C_i^* : $A_3 > A_1 > A_2 > A_5 > A_4$. Лучшим решением будет альтернатива с наибольшим значением C_i^* .

В соответствии с алгоритмом методики TOPSIS, сначала были сформированы основные критерии – перспективы роста, перспективы рентабельности, возможности и угрозы – для соответствующих моделей финансирования здравоохранения.

Для реализации цели исследования были проанализированы Государственная система на примере Франции и Великобритании, социально-страховая, на примере ФРГ и рыночная, на примере США. Четвертая модель – система Семейно, поскольку она признана недееспособной на современном этапе, в исследовании учитываться не будет. Исходя из того, что оценка моделей происходила как на основе национального опыта, так и с учетом опыта зарубежных стран, где практикуются отдельные элементы этих моделей, можно утверждать, что оценка имеет не

условный, а вполне конкретный характер (таблица 1, таблица 2).

После этого, реализовав ряд последовательных шагов: нормализация матрицы решения, построение взвешенной нормализованной матрицы решения, определения идеального и идеально негативного решения, вычисления степени близости, определения относительной близости к идеальному решению было пролонгировано исследуемые модели финансирования здравоохранения в последовательности от 1 до 4, где 1- оптимальная модель, 4 – наименее привлекательная.

Именно внедрение немецкой модели финансирования здравоохранения, и осознание того, что здоровье – фактор, определяющий качество «человеческого капитала», по нашему мнению, будет способствовать увеличению финансовых поступлений в здравоохранение в рамках существующего законодательного поля, оптимизации их использования, обеспечению гарантирования качественной медицинской помощи каждому гражданину, а также дальнейшему развитию добровольного медицинского страхования в Украине.

Выводы. Для достижения целостности украинской системы здравоохранения, а так-

Таблица 1

Критерии методики TOPSIS о перспективах развития медицинского страхования в Украине

| № | Перспективы роста (G) | Перспективы рентабельности (R) |
|---|--|---|
| 1 | Динамично растущий рынок | Формирование портфеля долгосрочных средств |
| 2 | Низкий уровень государственного финансирования здравоохранения | Рост объемов медицинского страхования |
| 3 | Развитие инфраструктуры страхового рынка | Рост количества потенциальных страхователей |
| 4 | Демографический прирост населения | Рост доходов населения |
| 5 | Рост уровня занятости населения | Контроль за расходами и финансовая эффективность |
| 6 | Рост финансовой грамотности населения | Уменьшение удельного веса заболеваемости |
| № | Возможности (O) | Угрозы (T) |
| 1 | Обеспечение хорошего здоровья для всех | Влияние общественности |
| 2 | Совершенствование налогового, антимонопольного, административного и гражданского законодательства, регулирующего сферу страхования | Несовершенство нормативно-правовой базы |
| 3 | Свобода выбора поставщика медицинской помощи | Недостаточный уровень институционального развития |
| 4 | Сотрудничество с другими секторами | Высокий уровень административных расходов |
| 5 | Медицинское страхование становится элементом корпоративной культуры предприятий | Низкая платежеспособность населения |
| 6 | Введение мировых стандартов здравоохранения | Политическая и экономическая нестабильность |

Источник: составлено автором

Таблица 2

Результаты исследования выбора оптимальной модели финансирования здравоохранения Украины по методике TOPSIS на краткосрочную и долгосрочную перспективы

| № | Альтернатива | Степень близости к идеально положительному решению | Степень близости к идеально отрицательному решению | Относительная близость к идеальному решению | Ранг |
|---------------------------|----------------|--|--|---|------|
| Краткосрочная перспектива | | | | | |
| 1 | США | 0,049250 | 0,029521 | 0,374770151 | 4 |
| 2 | Франция | 0,032396 | 0,048956 | 0,601783144 | 3 |
| 3 | Великобритания | 0,039291 | 0,039665 | 0,50236586 | 2 |
| 4 | ФРГ | 0,016055 | 0,056819 | 0,77969318 | 1 |
| Долгосрочная перспектива | | | | | |
| 1 | США | 0,037144 | 0,024684 | 0,399230634 | 4 |
| 2 | Франция | 0,045768 | 0,035642 | 0,437808064 | 2 |
| 3 | Великобритания | 0,042440 | 0,031872 | 0,428893404 | 3 |
| 4 | ФРГ | 0,060464 | 0,051300 | 0,45900147 | 1 |

Источник: составлено автором

же согласование стандартов медицинского обслуживания с мировым опытом необходимо время, финансовые ресурсы и квалифицированные специалисты. Главным вопросом успе-

ха остается четкая стратегия формирования, построения и внедрения эффективной и действенной системы медицинского страхования в Украине.

Список литературы:

1. Андрушків І.П. Общі підходи к міжнародному медичному страхуванню в окремих країнах / І.П.Андрушків // Вестник НЛТУ України. – 2010. – Вип. 2013. – С. 170-174.
2. Баєва А.І. Аналіз соціально-економічного досвіду по впровадженню страхової медицини / О.І. Баєва // Персонал. – 2007. – № 3. – С. 73-76.
3. Балан В.Г. Моделі прийняття управлінських рішень: [учебное пособие] / В.Г. Балан. – М.: Началова, 2011. – 100с.
4. Гришан Ю. П. Необхідність реформування здравоохорони: впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / Ю.П. Гришан. – [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.illichivska.com.ua/?view=press_c_r&mode=view&id=44. Названіє с екрана.
5. Клименко А.Н. Мировой опыт организации финансирования медицинского обслуживания / А.Н. Клименко. – Черниговский научный журнал. Серия 1, Экономика и управление. – № 1. – 2011. – С. 104-112.
6. Офіційний сайт Государственной службы статистики України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
7. Приказюк Н.В. Система медичного страхування: зарубіжний досвід і особливості організації в Україні / Н.В. Приказюк // Сучасні питання економіки і права: сб. наук. работ. – 2011. – Вип. 1. – С. 39-59.
8. Тлуста А.Ю. Медичне страхування в США: теорія і практика функціонування. – Вестник Киевского национального университета. Серия «Экономика». – № 126. – 2011. – С. 35-40.
9. National Cancer Institute. Facing Forward: A Guide for Cancer Survivors. (NIH Publication No.94-2424, Revised July, 1994).

Третяк Д.Д.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Анотація

На сьогодні в Україні діє недосконала система медичного забезпечення, яка знаходиться в кризовому стані. Вважаємо, що для визначення оптимальної моделі, яка буде враховувати всі особливості української системи фінансування охорони здоров'я в коротко- і довгостроковій перспективі, доцільно скористатися методом TOPSIS. За результатами підрахунків визначено, що як в короткостроковій так і в довгостроковій перспективі оптимальною для України моделлю фінансування охорони здоров'я є німецька, тобто соціально-страхова модель, згідно з якою обов'язковим медичним страхуванням охоплено 60% населення, ще 10% – добровільним медичним страхуванням, фінансування з державного бюджету передбачається в розмірі 15%, а решта 15% формуються за рахунок особистих коштів населення.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, охорону здоров'я, лікарняні каси, медичні послуги, страховий медичний поліс, методика TOPSIS, медичні установи, страхові внески.

Tretiak D.D.

Taras Shevchenko Kyiv National University

MEDICAL INSURANCE IN THE FINANCIAL SUPPORT OF HEALTH CARE IN UKRAINE

Summary

Today in Ukraine there is imperfect system of health care, which is in crisis. Its imperfection is manifested in insufficient financing, which leads to low levels of medical care. This is preceded by the uneven distribution of resources and the low share of health expenditure to GDP ratio. State Health Insurance can be a major source of cost-recovery healthcare system. According to our findings, to determine the optimal model that will take into account all the peculiarities of Ukrainian health financing system in the short and long term, it is advisable to use the method of TOPSIS. According to the results determined that both the short and long term optimal for Ukraine model of health care financing is the German, i.e. social insurance model in which compulsory health insurance covers 60% of the population, 10% – voluntary health insurance, financing of state budget provides 15% and the remaining 15% are generated by the personal funds of the population.

Keywords: health insurance, compulsory health insurance, voluntary medical insurance, health care, health insurance, health services, health insurance policy, methods TOPSIS, medical facilities, insurance premiums.