

**Моделі страхової
медицини в країнах світу
та перспективи їх
розвитку в Україні**

- Медичне страхування - це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком.
- Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно забезпечує більшу доступність, якість і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.
- Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян.
- Мета його проведення полягає в забезпеченні громадянам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Форми медичного страхування

- Добровільна
- Обов'язкова, яка базується на таких принципах:
 - загальності,
 - державності,
 - некомерційності.

В різних країнах залежно від особливостей розвитку охорони здоров'я відається перевага тій чи іншій формі медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування існує у Франції, Канаді, Німеччині, Голландії, Швеції, Бельгії та інших країнах. Разом з тим, наприклад, в Ізраїлі та Швейцарії переважає добровільне медичне страхування, а обов'язкове державне страхування поширюється тільки на військовослужбовців та поліцейських.

Німеччина

Добровільне страхування	Обов'язкове страхування	Особливості страхування
<p>Система державного медичного страхування гарантує однаковий для всіх застрахованих осіб, визначений законодавством, основний рівень медичного обслуговування, незалежно від розміру заробітку чи віку застрахованої особи</p> <p>Застрахована у приватній лікарняній касі особа може самостійно визначати умови та обсяг медичного страхування</p> <p>Внески до приватних лікарняних кас залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках — також і від ступеня ризику захворювання застрахованої особи</p> <p>Обсяг медичного обслуговування та розмір відшкодування витрат при страхуванні у приватних лікарняних касах визначаються у кожному конкретному випадку індивідуально.</p>	<p>Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Тобто, кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з вільно обраних ними державних лікарняних кас. За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю працівники сільського і лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо.</p> <p>Держава визначає ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників.</p>	<p>Є однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування; уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я, лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями.</p>

Франція

Існує мережа добровільного страхування і місцеві фонди соціальної допомоги. За рахунок останніх отримують медичне обслуговування незастраховані французи, число яких не перевищує 2%.

У випадку отримання страхового поліса у приватній страховій компанії, вона, як і будь-яка страхова каса, оплачує госпітальні затрати та рахунки пацієнта за прийом лікарів. Перелік додаткових послуг варіюється та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями.

Існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація - Національна страхова організація, яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й обіймає 78% населення.

У Франції існують фермерські страхові компанії, але і вони, у цілому, підпорядковані загальним правилам, встановленим урядом. Ці фермерські та інші професійні страхові каси обіймають 12% населення

Великобританія

Добровільним медичним страхуванням в Англії займаються різні страхові компанії. Ведучу роль серед них займає страхова асоціація "БУЛА", виникла в результаті об'єднання невеликих страхових організацій. Прибуток, що отримується від страхових операцій "БУЛА" практично йде на розширення та модернізацію сітки комерційних медичних закладів. Ця сітка використовується як у рамках страхових програм, так і поза ними. Прибуток від комерційної діяльності медичних закладів у свою чергу підтримує медичне страхування, забезпечуючи фінансову стабільність "БУЛА".

Обов'язкове страхування охоплює практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму за невеликим винятком. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою.

Страхові програми добровільного медичного страхування розгалужуються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.

Швеція

Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Плата стягується лише за деякі види амбулаторного обслуговування, але вона завжди була невелика, що практично зняло будь-які фінансові обмеження доступу до медичних служб

Всезагальне обов'язкове медичне страхування було введено в 1955 році і обіймало всіх громадян віком до 16 років. Національна система соціального страхування - загальна й обов'язкова для всього населення країни. Особливо медичне та стоматологічне страхування є його невід'ємною частиною. Управління всією системою здійснюється 26 регіональними бюро соціального страхування.

Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Приватна практика в Швеції ніколи не заборонялася, але попит на неї невеликий і відмічається тільки серед найбільш забезпечених жителів великих міст.

США

Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві некомерційні страхові компанії: "Блу крос" та "Блу шилд". Вони проводять добровільне медичне страхування, що забезпечує оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для клієнтів, які проживають в даному районі. Сьогодні діють чисельні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги.

В США існує дві урядові програми, які знаходяться на державному фінансуванні - це "Медікер" (для медичної допомоги літнім - після 65 років) і "Медікейд" (для безробітних, незаможних і деяких груп інвалідів).

У США біля 90 % американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внески більше за 10 % сімейних прибутків. Прихильність до ринку і приватного медичного страхування на контрактній основі, орієнтація медичної допомоги на оптимальний об'єм при мінімальних витратах пов'язана з наявністю в країні переважно "імігрантського" населення, з його роз'єднанням, корпоративністю профспілок.

Суб'єкти обов'язкового медичного страхування

Страховальники – окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації і фонди

Застраховані - це громадяни, на користь яких укладаються договори страхування

Страховики – страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування

Медичні установи, що надають допомогу по медичному страхуванню і також мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності

Страховик
зобов'язаний

ознайомити страхувальника з умовами страхування

як тільки стане відомо про настання страхового випадку, негайно вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми або страхового відшкодування страхувальнику

при настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми або страхового відшкодування у передбачений договором термін. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу), пені, розмір яких визначається умовами страхування, або за згодою сторін

відшкодувати збитки, завдані страхувальнику при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору

за заявою страхувальника у разі проведення страхових заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна, переукласти з ним договір страхування

тримати в таємниці відомості про страхувальника за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Страхувальник
зобов'язаний

своєчасно робити страхові платежі

при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику

повідомити страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування

вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку

повідомити страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами страхування. У разі смерті страхувальника-громадянина, який уклав договір майнового страхування, права і обов'язки страхувальника переходять до особи, яка одержала це майно в спадщину

Порівняльні ознаки	Соціальне страхування	Комерційне страхування
Правова підстава	Обов'язкове	Добровільне
Охоплення	Масове	Групове, з відносно вузьким охопленням населення та індивідуальне
Умови відшкодування	Гарантований механізм та уніфікований набір соціальних виплат і пільг	Різноманітні "пакети" компенсацій і послуг, що формуються на розсуд кожного страховика
Статус розпорядника страховими засобами	Державна або квазідержавна організація	Приватні страхові компанії
Принципи організації страхового відшкодування	Поточне фінансування соціальних благ для інших	Відкладене фінансування спеціальних благ для себе
Критерії ефективності	Перерозподіл коштів має характер соціальних трансферт, тобто, підпорядковано цільовій ефективності (зокрема, загальності охоплення).	Перерозподіл обмежуються рамками груп та підпорядковано витратній ефективності страховика і страхувальника.

Серед негативних тенденцій, котрі впливають на розвиток страхового ринку України слід визначити:

1. Відсутність чітко розміркованої та професійно розробленої програми будівництва страхового ринку, прийнятої на державному рівні.
2. Відсутність належної законодавчої та нормативної бази для досконалого виконання страхових операцій.
3. Відсутність інституту страхових брокерів, як невід'ємної частини страхового ринку, для поліпшення якості страхових послуг та професійного захисту інтересів страхувальників та страховиків.
4. Інвестиційні можливості страховиків використовуються недостатньо;
5. Відсутність законодавчої бази для проведення страхової посередницької діяльності.

Сучасний стан покриття вартості медичного обслуговування в Україні (за даними НРОЗ*)

Витрати на ОЗ	2008	2009
Загальні витрати на ОЗ, як % від ВВП	6,7%	7,4%
Витрати на душу населення., USD, (поточні ціни)	174\$	193\$
Доля державних (суспільних), як % від загальних витрат на ОЗ в Україні, з них:	61%	61%
- <i>центральний державний бюджет</i>	19%	21%
- <i>обласні та місцеві бюджети</i>	42%	40%
** Доля особистих приватних витрат, як % від загальних витрат на ОЗ в Україні	39%	39%
Доля зовнішньої допомоги, як % від загальних витрат на ОЗ в Україні	< 1%	< 1%
** За даними деяких досліджень – доля особистих витрат громадян сягає 52% від загальних витрат на ОЗ в Україні (Літвак А., та ін., 2009)		

Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) в Україні, PHRplus, USAID, 2009

Основні небезпеки в сучасній системі медичного обслуговування населення (1)



Основні небезпеки в сучасній системі медичного обслуговування населення (2)

ЗАМІЩЕННЯ БЕЗОПЛАТНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – ПЛАТНОЮ та втрата соціальної функції суспільних коштів призводить до:

НЕЗАДОВОЛЕННЯ ГРОМАДЯН В ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ЗНИЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

СОЦІАЛЬНЕ ВИКЛЮЧЕННЯ ЛЮДЕЙ НЕСПРОМОЖНИХ ЗАПЛАТИТИ

ВТРАТА КЕРОВАНOSTІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ ЗНАЧНУ ПОШИРЕНІСТЬ ТІНЬОВОГО ФІНАНСУВАННЯ І КОРУПЦІЮ

ВИКРИВЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНИХ СТИМУЛІВ ВСЕРЕДИНІ СИСТЕМИ СТИМУЛЮЄ НЕЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ СУСПІЛЬНИХ РЕСУРСІВ

ОПІР РОЗПОРЯДНИКІВ ФІНАНСІВ та НЕДОВІРА ГРОМАДЯН ДО ЗМІН

Основні зацікавлені сторони

- Політичні партії і законодавча влада
- Виконавча влада (уряд і окремі міністерства)
- Недержавні страхові компанії та їх об'єднання
- Роботодавці (основні страховики)
- Органи місцевого самоврядування
- Медичні працівники і галузь охорони здоров'я
- Пацієнти (споживачі медичних послуг)
- Фармацевтична індустрія, виробники техніки
- “Третій сектор” – експерти та інституалізовані громадські організації
- “Четверта влада” – журналісти і медіа

Законодавча влада і політичні сили

Узгоджене рішення або альтернативні законопроекти?

Законопроект № 2192 подали:

“Партія Регіонів” - 13

“НУНС” - 2

“Комуністична партія” - 2

“БЮТ” - 1

Бюджетна
система

Соціальне
страхування

Цивільне
страхування

ліві

політичні сили

праві

Роботодавці

**МОЖУТЬ ПІДТРИМАТИ ЗА УМОВИ РОЗШИРЕННЯ БАЗИ СТЯГНЕННЯ
ВНЕСКІВ НА ОСМС НЕ ТІЛЬКИ НА ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ**

**Ставки внесків на соціальне страхування в Україні (2009р.),
в % до нарахованої зарплати**

	Робітник	Роботодавець	Всього
Пенсійне страхування	1 - 5	33,2	34,2 – 38,2
Страхування на випадок безробіття	0,6	1,6	2,2
Страхування на випадок тимчасової втрати працездатності, народження і поховання	0,5 -1,0	1,4	1,9 – 2,4
Страхування від нещасного випадку на виробництві і проф.захворювання	0	0,2	0,2
Обов'язкове соціальне медичне страхування	0 (!)	?	?
ВСЬОГО	2.1 – 6,6	36,4	38,5 – 43

Нейтралізація можливого негативного ставлення роботодавців і органів місцевого самоврядування

- Інформування і роз'яснення позитивного впливу моделі соціального медичного страхування
- Розподіл відповідальності за медичне обслуговування населення між органами місцевого самоврядування та квазі-державними структурами (Фонд ЗОСДМС)
- Розширення бази нарахування внесків на ЗОСДМС за межі фонду оплати праці та включення до цієї бази всіх типів доходів (пенсії, субсидії, дивіденди, нерухомість) – **соціальний “податок на багатство”**

Медичні працівники і галузь охорони здоров'я

- У різних категорій медичних працівників – різне відношення до медичного страхування
- Звичайні лікарі, особливо первинної ланки, пов'язують зі страхуванням перспективу підвищення оплати і покращення умов праці
- Дилема галузі: неформальна економіка охорони здоров'я з класичним золотим законом бюрократії та метод **“асфальтування стежок”** – керівники закладів охорони здоров'я і медичні чиновники не в захваті від правил, що будуть запроваджені при введенні ЗОДСМС
- Керівники закладів охорони здоров'я не бажають змінювати систему утримання закладів на систему виконання державного замовлення в умовах контрактів з посередником – фондом ЗОДСМС

Керівники галузі охорони здоров'я

Підтримають ЗОСДМС за умови:

- професійної підготовки та перепідготовки для роботи в умовах контрактних закупівель медичних послуг за кошти Фонду ЗОСДМС;
- кадрово-адміністративної реформи в галузі та запровадження нових освітньо-кваліфікаційних вимог до керівників;
- можливості легально заробляти при запровадженні оплати за результати праці на умовах контракту, а не утримання.

Недержавні страховики та їх об'єднання

- **ЛСОУ і їх заява:** “ЛСОУ вважає неприпустимим створення монопольних умов для Державної страхової організації та підкреслює, що завданням держави є запобігання монополізації та захист економічної конкуренції”
- Підвищення якості медичної допомоги справді забезпечує конкуренція – але не між страховиками, а між надавачами послуг в межах замовлення на їх надання чи то за кошти державного бюджету чи то за кошти фонду соціального медичного страхування.
- Поле діяльності недержавних страховиків – добровільне особисте медичне страхування видатків на медичні послуги, які не охоплюються програмою ОСМС за державними гарантіями

Покриття вартості медичних послуг за програмою соціального страхування



Пацієнти (споживачі медичних послуг)

ОЧІКУЮТЬ:

- Доступність послуг (фінансову і територіальну)
- Відсутність катастрофічних фінансових витрат
 - в наслідок необхідності платити в разі непередбачуваної хвороби
- Задоволення власних потреб у медичній допомозі (які часто не обмежені)
- Якість медичних послуг
- Передбачуваності витрат в разі необхідності оплати медичних послуг

Виконавча влада і МОЗ України

Постійне навчання, інформування та переконання основних задіяних структур виконавчої влади, відповідальність

“+”

Міністерство охорони
здоров'я України

Міністерство праці
і соціальної політики

ОСМС:
незацікавленість
та подекуди
інституційна
неспроможність
в
виконавчих
структур

“-”

Міністерство фінансів
України

Міністерство економіки
України

Відповідальність:
- Урядовий комітет ?
- Прем'єр-міністр ?
- Президент ?

Ефективна публічна політика

БАЖАННЯ (ДЕКЛАРАЦІЯ НАМІРІВ) + СПРОМОЖНІСТЬ =

ПОВНОВАЖЕННЯ

**ІЄРАРХІЯ (офіційний
порядок затвердження)**

ЕКСПЕРТНЕ ЗНАННЯ

**ІНСТРУМЕНТАЛЬНІСТЬ
(досягнення конкретних
цілей)**

**ПОРЯДОК
(система узгодженості)**

**КОГЕРЕНТНІСТЬ (всі дії
узгоджуються між собою)**

ДОСТАТНІСТЬ ДОВІРИ ГРОМАДЯН ДО ДЕРЖАВИ !



Дякую за увагу!