

УДК 368.032.(477)

Тимошенко І. В.
*кандидат економічних наук,
науковий співробітник регіонального
центру досліджень і сприяння розвитку кооперації
ВНЗ Укоопспілки «Полтавський університет економіки і торгівлі»*

Tymoshenko I. V.
*PhD in Economics, researcher
of Regional Research and Promotion Center for Cooperatives
HEE of Ukoopspilka «Poltava University of Economics and Trade»*

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НА НЕКОМЕРЦІЙНІЙ ОСНОВІ: МІЖНАРОДНИЙ АСПЕКТ

Анотація. Досліджено діяльність страхових товариств, що здійснюють медичне страхування на некомерційній основі у розвинених країнах світу. Проаналізовано спектр пропонованих ними послуг, визначено чинники їхньої економічної ефективності. З'ясована роль Міжнародної асоціації взаємних товариств страхування здоров'я (АІМ) у перетворенні некомерційних страховиків на впливових учасників страхових відносин. Обґрунтовано можливості використання зарубіжного досвіду страхового захисту на некомерційній основі в Україні з метою найширшого охоплення населення медичним страхуванням в умовах складної економічної ситуації.

Ключові слова: медичне страхування, некомерційне страхування, некомерційні страхові організації, страхові фонди, солідарна розкладка збитку.

Вступ та постановка проблеми. Прийняття в Україні медичної реформи, що вносить зміни у систему надання та фінансування медичних послуг за рахунок використання страхового забезпечення, викликало гострі дискусії в суспільстві. Сьогодні на українському ринку медичного страхування діють переважно акціонерні страхові компанії. Їх незацікавленість в обслуговуванні клієнтів з високими страховими ризиками та недостатньою платоспроможністю обмежує доступ до страхових послуг широкому колу страхувальників і викликає недовіру суспільства до медичної реформи загалом. Невизначеність механізму переходу національної системи охорони здоров'я на страхову модель зумовила необхідність дослідити світовий досвід організації медичного страхування у контексті потенційних можливостей його застосування в українській практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концептуальні засади медичного страхування на національному і міжнародному рівнях розглядаються в роботах багатьох вітчизняних та іноземних учених, таких як В. Базилевич,

О. Гаманкова, Т. Говорушко, Т. Камінська, М. Мних, Р. Пікус, Г. Тлуста, А. Череп, Т. Яворська, Дж. Гендерсон, Е. Монсалос, Г. Муні, С. Томпсон, Т. Фобістер, К. Харді та ін. Проблематиці некомерційного страхування як економічного явища присвячено праці зарубіжних авторів: П. Баттілані, Д. Майєрса, М.Дж. Макнамари, М. Форстера, Ф. Чеддеда, В. Дадькова, І. Логвінової, С. Скакуна, К. Турбіної. Окремі теоретичні, економічні та правові аспекти страхування на некомерційній основі знайшли відображення в роботах українських учених: А. Адамова, В. Мачуського, А. Пантелеймоненка, П. Стрельбіцького, Ю. Ушкаренко.

Проте проведений аналіз наукових джерел показав, що у вітчизняній літературі бракує досліджень, які стосуються некомерційного методу організації страхового захисту у сфері життя та здоров'я громадян. Оскільки впровадження медичної реформи в Україні є стратегічно важливим для держави, врахування міжнародного досвіду надання страхових медичних послуг організаціями некомерційного типу може сприяти її практичному втіленню.

Метою статті є висвітлення світових тенденцій розвитку медичного страхування на некомерційній основі з орієнтацією на практичне застосування міжнародного досвіду некомерційного страхового захисту в Україні в умовах її євроінтеграційних спрямувань.

Виклад основного матеріалу дослідження. Медичне страхування – це

форма соціального захисту населення в галузі охорони здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги у разі виникнення страхового випадку. Отримання медичних послуг з використанням механізмів страхування має давні історичні корені. Домінуючою ознакою раннього страхування була солідарна розкладка збитку між усіма учасниками шляхом створення некомерційних страхових організацій. Їхня діяльність ґрунтувалася на методі взаємного страхування, за якого кожен зі страхувальників приймав участь у створенні страхового фонду не з метою отримання прибутку на вкладений капітал, а з метою компенсації своїм членам коштів, витрачених ними на оплату медичних послуг. Система страхового захисту на некомерційній основі давала можливість здійснювати страхування в умовах, коли ще не були створені методи розрахунку обґрунтованих тарифів, що не дозволяло обчислити ймовірність отримання прибутку. З цієї причини медичне страхування не було привабливе і для комерційних страховиків [1, с. 45].

У кінці XIX – першій пол. XX ст. механізм некомерційного забезпечення незаможних верств населення медичними послугами привернув увагу урядів європейських держав. Їхня законодавча діяльність спрямовувалася на включення таких організацій до національного страхового поля, що було пов'язано зі введенням обов'язкового соціального страхування. Прийняті правові акти надавали некомерційним страховим товариствам юридичні права, встановлювали правила ліцензування та вводили пільги для них [2, с. 53].

На сучасному етапі в розвинених країнах виокремлюються три механізми медичного страхування: державний (бюджетний), соціально-страховий та приватно-підприємницький. Перший з них (створений за моделлю У. Беверіджа) характеризується формуванням страхових фондів за рахунок податкових надходжень держави, надається незалежно від майнового стану громадян і не пов'язаний з безпосередньою участю пацієнтів у фінансуванні медичних послуг. У зв'язку з цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови: базові ставки страхових внесків, схеми організації та фінансування медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги тощо. У багатьох країнах система обов'язкового страхування здійснюється через некомерційні страхові товариства – незалежні самоврядні організації, структура яких визначена законодавчо. Приватне медичне страхування охоплює винятково ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються національними службами охорони здоров'я. Необхідною умовою отримання пацієнтами медичних послуг є наявність у них громадянства країни. Модель державного страхування домінує в англосаксонських, скандинавських та деяких середземноморських країнах (Великобританії, Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії, Португалії, Італії, Іспанії, Греції), а також Канаді.

Другий із зазначених механізмів (заснований на моделі О. Бісмарка) базується на страхових відносинах, закріплених національним законодавством. Він відзначається наявністю регламентованих державою страхових фондів, які здійснюють пряме фінансування медичних установ, некомерційних страхових товариств, що здійснюють до-

бровільне медичне страхування (ДМС) або додаткове страхування на випадок хвороби чи старості, та приватних страхових компаній. Бюджетно-страхова модель набула поширення у більшості континентальних і східних європейських країнах (Німеччині, Франції, Голландії, Австрії, Бельгії, Швейцарії, Чехії, Словаччині), а також в Японії та деяких країнах Латинської Америки [3, с. 25–26].

Приватно-підприємницька (американська) модель страхування ґрунтується на самозабезпеченні населення у випадку хвороби і фінансується переважно за рахунок коштів клієнтів акціонерних і некомерційних страхових компаній. Цей механізм діє у США, Південній Кореї та деяких інших країнах.

Інформація про некомерційні товариства, що діють у сфері медичного страхування в європейських країнах, представлена на сайті Єврокомісії. За її підрахунками, вони охоплюють 50% ринку страхування здоров'я та 19% ринку страхування життя, обслуговуючи понад 120 мільйонів осіб [4]. У документі Європарламенту «Роль взаємних товариств у XXI столітті» («The role of mutual societies in the 21st century») вони визначаються як добровільні об'єднання, що передбачають задоволення потреб своїх членів без досягнення прибутковості і будують свою діяльність на безкоштовному членстві, субсидарній солідарності та демократичності управління. Важливість цієї форми страхового захисту підтверджується тим, що у Нідерландах обов'язкове медичне страхування майже повністю перебуває у веденні товариств взаємного страхування, у Бельгії, Люксембурзі та Франції вони звільнені від сплати податків, у більшості інших країн мають значні податкові пільги [5, с. 27, 54].

Взаємні товариства, що діють у сфері охорони здоров'я – «mutual benefit societies», належать до страхових товариств взаємодопомоги соціального спрямування і тісно пов'язані з реалізацією державних програм. Вони здійснюють страховий захист своїх членів не лише у разі хвороби, але й у разі інвалідності та старості, доповнюючи державний сектор медичного страхування. Масштаби їхньої діяльності залежать від джерел фінансового забезпечення: за рахунок роботодавців і внесків працюючих страхувальників, як це робиться у центральних і східних європейських країнах, чи за рахунок податків до національних служб страхування здоров'я (у Скандинавії та деяких країнах Середземномор'я). Як видно з нижченаведеної таблиці, у першому разі взаємне страхування охоплює значно більшу частину населення.

До названих страхових товариств належать також «лікарняні каси», організаційно-правова форма яких закріплена законодавством більшості країн. Історично лікарняними касами називалися страхові організації, що здійснювали страхування, пов'язане з життям і здоров'ям. Сьогодні лікарняні каси становлять основу системи обов'язкового медичного страхування в Німеччині, Швейцарії, Ізраїлі. Є кілька видів кас: місцеві (переважно для непрацюючих членів сімей застрахованих), що розташовані за місцем проживання, виробничі (за місцем роботи) та ерзац-каси (головним чином для службовців) [7, с. 20]. Первий розвиток лікарняні каси отримали й в Україні.

У багатьох країнах у секторі медичного страхування функціонують так звані дружні товариства (Friendly Societies). Деякі з них є невеликими місцевими організаціями, інші діють у масштабах всієї країни. Наприклад, у Великобританії налічується близько 200 дружніх товариств, які управляють активами на суму 80 млрд фунтів стерлінгів і обслуговують понад 12 млн членів. У Франції некомерційне медичне страхування за законодавством країни здійснюють товариства взаємного страхування

Частка європейського населення, охопленого страховими товариствами взаємодопомоги, що діють у сфері охорони здоров'я

Відсоток страхових товариств взаємодопомоги у загальній чисельності населення				
Менше 20%	Від 20 до 40%	Від 40 до 60%	Від 60 до 80%	Від 80 до 100%
Італія Греція Іспанія Португалія Великобританія	Угорщина Данія Швеція Фінляндія	Словачія Словенія Ірландія	Франція Люксембург Чеська Республіка	Німеччина Нідерланди Бельгія Швейцарія

Джерело: складено за даними [6, с. 1019]

(ТВС), страхові компанії взаємного типу та товариства страхової взаємодопомоги «М 45» (l'organisation de la reconnaissance mutuelle). Останні отримали свою назву за законом 1945 р., яким були залучені до проведення страхування державних службовців, компенсуючи їм ту частину медичних витрат, що не покривається обов'язковим медичним страхуванням. Правове становище названих організацій регулюється спеціальним Кодексом взаємного страхування (Code de la Mutualité), який суттєво відрізняється від Страхового кодексу, що регламентує діяльність акціонерних страхових компаній [8, с. 172–173].

У сфері додаткового медичного страхування окремо виділяються взаємні товариства страхування здоров'я «health mutuals». Їх часто називають ще «providence mutuals» (від англ. providence – передбачливість). Специфіка цих товариств полягає в особливостях страхового відшкодування, що нерідко передбачає не грошову виплату, а надання послуг у формі медичного обслуговування, лікарського забезпечення, догляду за немічними хворими і людьми похилого віку. Найбільш розвинені «health mutuals» у Данії, Ірландії, Люксембурзі, Нідерландах, Фінляндії, Франції. Приміром, на частку французьких товариств припадає близько 61% клієнтів ринку ДМС, тоді як комерційні страхові компанії обслуговують приблизно 22%. Діяльність «health mutuals» регулюється спеціальними законодавчими актами, що мають національну специфіку [9, с. 102].

У європейській практиці широко розвинене колективне страхування, коли своїх працівників страхує фірма. Колективні страховальники становлять 20,3% загального обсягу ДМС. Найбільш популярними є британські заводські товариства взаємного страхування (factory mutuals) та французькі страхові товариства взаємодопомоги (society of owners), які страхують ризики, пов'язані з виробництвом (нешасні випадки, професійні захворювання тощо). Для колективних полісів є дешевший тариф, тоді як індивідуальні поліси часто враховують ступінь ризику [9, с. 125].

США є однією з небагатьох розвинених країн, що не мають загальної системи медичного страхування. Витрати на лікування покриваються в основному за рахунок роботодавців (58%) та добровільного медичного страхування в товариствах взаємного страхування (6%) або акціонерних страхових компаніях. Більшість американців одержують медичну страховку для себе і своєї родини від роботодавця, але переважно роботодавці оплачують тільки частину витрат. Незважаючи на високу вартість медичної допомоги (послуга терапевта коштує в середньому 120 дол. США), приблизно 44 млн. американців (16% населення) не мають медичної страховки, а 77 млн. мають так звану «переривчасту страховку», коли дія страхового полісу може припинитися (наприклад, у разі втрати роботи). Така система медичного страхування прямо або опосередковано позначається на соціальній захищеності більшої частини населення. Наприклад, якщо в лікарню

потрапляє незастрахований пацієнт, вона не має права відмовити йому в обслуговуванні, але витрати на його лікування у прихованому вигляді перерозподіляються між застрахованими пацієнтами та медиками, що надавали ці послуги. Це приводить до зростання вартості страхування [10, с. 25].

Для деяких верств населення в країні існують федеральні програми медичного страхування: Medicare (для літніх людей від 65 років та осіб з обмеженими можливостями) та Medicaid (надання медичної допомоги незаможним громадянам, що мають дохід нижче рівня бідності), але вони не покривають усіх медичних витрат. Безкоштовна медична допомога надається тільки військовослужбовцям і ветеранам війни мережею державних госпіталів.

Сума грошової премії в акціонерних страхових компаніях визначається очікуваною середньою вартістю медичних послуг. Розміри страхових внесків у взаємних товариствах медичного страхування (mutual health insurance companies), де страховальники виступають одночасно страховиками, значно менші за рахунок відсутності комерційного складника. Розрахунки з медичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану страховальникам медичну допомогу чи послугу, що забезпечує контроль за їх якістю. Серед провідних взаємних компаній, що займаються медичним страхуванням, виділяються «United Healthcare», «Wellpoint Group», «Health Care Service Corp», «American Family» [10, с. 64].

Організація некомерційного медичного страхування в Японії має низку особливостей. Його здійснюють не тільки товариства взаємного страхування, а й страхові кооперативи федерації «Zenrosai», які підпорядковуються міністерству охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення. Домінуючі позиції на страховому ринку займають ТВС зі страхування життя, куди японці традиційно звертаються через відсутність в країні протягом довгого часу системи соціального страхування. Серед них на першому місці «Dai-Ichi Mutual Life Insurance Company» та «Nippon Life Insurance Company», в активі яких понад 19 млн укладених договорів страхування (тобто приблизно кожний шостий житель Японії застрахований в одній із цих двох компаній) [11, с. 50].

Інструментом координації дій некомерційних страховиків та перетворення їх на вагомих учасників ринку страхових послуг є міжнародні й національні асоціації. З 1950 р здійснює свою діяльність Міжнародна асоціація взаємних товариств страхування здоров'я (International Association of Health Mutuals – AIM), яка сьогодні об'єднує 43 асоційовані організації, що представляють близько 230 млн страховальників з Європи, Африки, Близького Сходу і Латинської Америки. Основними завданнями AIM є міжнародне співробітництво з питань розвитку медичного страхування; надання допомоги у впровадженні нових технологій в галузі охорони здоров'я; участь у підготовці і проведенні клінічних випробувань лікарських

препаратів; сприяння проведенню наукових досліджень стосовно прогнозування ситуації зі здоров'ям населення в різних країнах і регіонах світу (зокрема, вивчається проблема старіння населення країн ЄС). Стратегічною метою асоціації є створення таких умов, щоб послуги охорони здоров'я були доступними широким верствам населення у різних країнах світу. Тенденція зробити вартість охорони здоров'я статтею витрат самих пацієнтів, а не держави, що обмежує рівний доступ до служб медичної допомоги в межах системи охорони здоров'я та гарантоване медичне обслуговування населення, що виникла останнім часом, викликає стурбованість у членів АІМ [12].

В Україні система охорони здоров'я є бюджетно-страховою. Законодавча регламентація основних видів медичного страхування закріплена у 5–6 статтях Закону України «Про страхування». До страхових програм включені амбулаторно-поліклінічна допомога з медикаментозним забезпеченням, стаціонарне лікування, швидка медична допомога, стоматологія (без протезування). Однак таке комплексне обслуговування коштує недешево, тому більшість програм, розроблених страховиками, доступні далеко не всім громадянам України. Відповідно понад 95% населення країни не мають медичного страхування.

Некомерційне страхування, що здійснюється на основі використання принципу солідарної розкладки збитку, може підвищити рівень доступності медичних послуг для

населення. Воно дає можливість за відносно невелику плату отримати послуги, які не входять до програми медичного обслуговування, гарантованого державою, розширити та індивідуалізувати обсяг додаткових медичних послуг. Можливість створення товариств взаємного страхування надається статтею 14 Закону України «Про страхування». Такі організації надаватимуть більш дешеві страхові послуги, що сприятиме розширенню кола страхувальників. Застосування методів матеріального стимулювання, притаманних некомерційному страхуванню, зокрема зменшення величини щорічної страхової премії, дозволить формувати у застрахованих осіб, які одночасно є страховиками, відповідальне ставлення до свого здоров'я.

Висновки. Таким чином, проаналізувавши міжнародний досвід організації систем охорони здоров'я, доходимо висновку, що некомерційне страхування, пов'язане з життям і здоров'ям людей, формує особливий сектор страхового ринку. Світова практика медичного страхування на некомерційній основі доводить, що воно сприяє вирішенню питань доступності медичних послуг для широких верств населення і залученню додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я. Сьогодні дуже важливо, щоб Україна під час запровадження нової системи надання медичної допомоги та введення платної медицини перейняла позитивний світовий досвід і врахувала ті помилки, яких припустилися інші країни.

Список використаних джерел:

1. Kennedy Jim. Not By Chance: A History of the International Cooperative and Mutual Insurance Federation / Jim Kennedy. Holyoake Books, 1999. 275 p.
2. Вигдорчик Н.А. Социальное страхование в общедоступном изложении / Н.А. Вигдорчик. М., 1927 196 с.
3. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В. Горохов, С.Д. Старинчук // Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. Вип. 9. С. 24–28.
4. Mutual societies – European Commission // URL: https://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy/mutual-societies_en. – Заголовок з екрану.
5. European Parliament study: The role of mutual societies in the 21st century / Douwe Grijpstra, Simon Broek, Bert-Jan Buiskool, Mirjam Plooij. Policy
6. Department Economic. Brussels, 2011. 94 p.
7. Archambault Edith. Mutual organizations, mutual societies / Edith Archambault // International Encyclopedia of Civil Society. Editors: Anheier, Helmut K. and Toepler Stefan. New York : Department Public Administration, 2009. P. 1015–1021.
8. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В. Череп // Сталій розвиток економіки. 2013. № 2. С. 17–23.
9. Згонников А.П. Особенности организации и деятельности обществ взаимного страхования в зарубежных правовых системах / А.П. Згонников // Вестник Воронежского гос. университета. 2011, № 1. С. 170–182.
10. Моссиалос Э. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза // Э. Моссиалос, С. Томпсон. Пер. с англ. М.: Изд-во «Весь Мир», 2006. 224 с.
11. DeNavas-Walt C. Income, poverty and health insurance coverage in the United States / C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, V.C. Smith. US Census Bureau, 2008. 84 p.
12. Скакун С.Г. ОВС страхования жизни в Японии С.Г. Скакун // Страховое дело. 2009. № 1. С. 46–57.
13. AIM. International Association of Mutual Benefit Societies. The website of the European Commission // URL: <https://www.aim-mutual.org>

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОСНОВЕ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ АСПЕКТ

Аннотация. Исследована деятельность страховых обществ, которые осуществляют медицинское страхование на некоммерческой основе в развитых странах мира. Проанализирован спектр предлагаемых ими услуг, определены факторы их экономической эффективности. Выяснена роль Международной ассоциации взаимных обществ страхования здоровья (АІМ) в преобразовании некоммерческих страховщиков во влиятельных участников страховых отношений. Обсуждены возможности использования зарубежного опыта страхования на некоммерческой основе в Украине с целью широкого охвата населения медицинским страхованием в условиях сложной экономической ситуации.

Ключевые слова: медицинское страхование, некоммерческое страхование, некоммерческие страховые организации, страховые фонды, солидарная раскладка убытка.

THE PECULIARITIES OF MEDICAL INSURANCE AT NON-PROFIT BASIS: INTERNATIONAL ASPECT

Summary. The activity of insurance societies, carrying out medical insurance at non-profit basis in developed countries of the world is investigated. The range of services, offered by them is analyzed, and the factors of their economic efficiency are determined. The role of the International Association of Mutual Health Societies (AIM) in transforming non-profit insurers into influential participants of the insurance relations is clarified. The opportunity of applying the foreign experience of insurance at a non-profit basis in Ukraine is substantiated in order to reach the widest coverage of the population by medical insurance within a difficult economic situation in the country.

Key words: medical insurance, non-profit insurance, non-profit insurance organizations, insurance funds, joint damage coverage.