

О. А. Білойван,
студентка IV курсу ФЕФ,
спеціальність «Фінанси і кредит»,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»,
науковий керівник: О. О. Гаманкова,
д.е.н., професор, завідувач кафедри страхування,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Актуальним завданням для нашої країни є поліпшення соціальної захищеності громадян, в тому числі щодо забезпечення своєчасного та якісного медичного обслуговування. Одним з напрямків розв'язання зазначеного завдання є запровадження в Україні медичного страхування.

Медичне страхування зародилося наприкінці 19 століття. Сьогодні воно представлене в багатьох високорозвинених країнах, але в кожній має певні особливості. Медичне страхування функціонує в двох формах:

– **Обов'язкове медичне страхування** – форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування [1].

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу. Джерелами фінансування можуть бути бюджетні кошти, внески роботодавців та працюючого населення.

– **Добровільне медичне страхування** – самостійна або додаткова форма медичного страхування (в країнах де запроваджено систему обов'язкового

медичного страхування), на основі договору між страховиком та страхувальником.

В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими застраховані особи можуть страхувати своє здоров'я на випадок певних хвороб; реабілітації; стійкої та тимчасової непрацездатності, а також здійснювати профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Джерелами фінансування можуть бути особисті доходи громадян та прибуток роботодавців (юридичних осіб) [2].

Загалом в світі виділяють чотири головні моделі медичного страхування (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняння моделей медичного страхування, що діють в окремих країнах світу [3]

Модель/ характеристика	Німецька	Британська	Американська	Японська
Залежно від кількості страховиків на ринку	Децентралізована (понад 1000 страхових кас)	Високий рівень централізації	Високий рівень централізації	Високий рівень централізації
Залежно від медичного страхування	Обов'язкове; добровільне.	Обов'язкове (охоплює 1/3 населення); добровільне.	Обов'язкове; добровільне.	Обов'язкове (поділяється на державне та суспільне); добровільне.
Залежно від механізму фінансування обов'язкового медичного страхування	Розмір внеску на медичне страхування становить 14 % і сплачується порівну роботодавцем і працівником.	10 % – за рахунок роботодавців, 90 % – за рахунок податкових надходжень до бюджету.	90 % – усіх витрат на амбулаторне та стаціонарне лікування покривається із суспільних фондів.	Фінансується в основному за рахунок фондів страхування здоров'я.

Найдавнішою, першою започаткованою у світі моделлю медичного страхування є *Німецька модель*. Цій системі притаманні такі риси: обов'язковість, тобто кожний громадянин Німечинни має страховий поліс; децентралізованість (країні існує більше 1000 страхових кас); контроль за

якістю та виконанням медичного страхування покладено на уряд; німецький уряд запроваджує обов'язкові для всіх умови надання медичної допомоги.

В німецькій моделі відповідальність за якість медичного обслуговування населення розподіляється між урядом та страховими касами. Страхові каси також контролюють взаєморозрахунки з медичними закладами. Це допомагає активно обмежувати зростання цін на медичні послуги.

Протилежністю децентралізованій *Німецькій моделі* є *Британська модель*, в якій чітко прослідковується високий рівень централізації. Вона побудована на системі бюджетного фінансування: бюджет охорони здоров'я на 90 % формується за рахунок податкових надходжень, а 10 % становлять кошти роботодавців. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено лише 1/3 населення країни. Поряд з обов'язковим медичним страхуванням активно розвивається добровільне. Воно поширене серед осіб, котрі не підлягають обов'язковому страхуванню, а також серед тих, хто має бажання застрахувати ті ризики, котрі не входять до страхового покриття, встановленого Національною службою охорони здоров'я.

Дослідження особливостей кожної з моделей доводить, що немає універсальної, кожна з них функціонує відповідно до законодавчої бази своєї країни.

Розвиток страхової медицини в Україні повинен спиратися на добре продуману, довгострокову концепцію страхування, що враховує як світовий досвід, так і сучасний економічний стан держави. В основу даної концепції має бути покладено вирішення питання обов'язкового медичного страхування громадян, визначення механізму отримання коштів та контролю їх використання. Ці дії необхідні для створення надійних джерел фінансування системи охорони здоров'я в нашій країні.

Список використаної літератури

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник / О.В. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008.
2. Страхова справа: підручник / О.Д. Вовчак. – К.: Знання, 2011. – 391 с.
3. Страхування: підручник / [Базилевич В.Д., Базилевич К.С., Пікус Р.В. та ін.]; за ред. В.Д. Базилевича. – К.: Знання, 2008. – 1019 с.