Карпишин Н. І.
к.е.н, доцент кафедри фінансів

ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ

Важливим учасником ринку медичних послуг України, котрий виконує роль посередника у забезпеченні послуг з охорони здоров'я, є інститут добровільного медичного страхування. Страхування здоров'я в Україні перебуває на стадії розвитку і функціонує лише у вигляді добровільного медичного страхування і й окремих елементів страхової медицини – лікарняних кас. Добровільне медичне страхування гарантує застрахованому високоякісний сервіс, своєчасне надання медичної допомоги і кваліфіковане лікування, але доступне не для кожного через високу вартість страхових послуг. Саме цей фактор пояснює непопулярність і недостатній розвиток добровільного медичного страхування в більшості регіонів України. Клієнтами згаданого виду страхування є переважно представництва зарубіжних фірм, підприємства з іноземними інвестиціями, спільні підприємства, забезпечені верстви населення.

Низка українських страхових компаній, найвідомішими серед яких є «Провідна», «УНИКА», «ИНГО Україна», «ПЗУ Україна» «АСКА», «Іллічевске» активно формують свою інфраструктуру і пропонують клієнтам послуги зі страхування здоров'я. Загалом, на ринку добровільного медичного страхування функціонує близько 100 страхових компаній.

Згідно із законодавством страхові компанії можуть отримувати ліцензії на два види страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби і неперервне страхування здоров'я. Вартість страхового полісу залежить від програми страхування та вказаної страхової суми і може коливатися від 100 до 12 тис. грн. [1].

При страхуванні здоров'я на випадок хвороби страхують медичні витрати на випадок конкретного захворювання (інфекційного, серцево-судинного тощо), вказаного у страховому договорі.

Безперервне страхування здоров’я – аналог страхування "від усіх ризиків", тобто забезпечує надання медичних послуг застрахованому у випадку будь-якого захворювання.

Послуги, які в рамках ДМС пропонують страхові компанії, можна поділити на 4 основні категорії:

1) страхові виплати з покриття витрат на поліклінічне обслуговування;

2) страхові виплати з покриття витрат на стаціонарне обслуговування;

3) страхові виплати з покриття витрат на обслуговування службою швидкої медичної допомоги;

4) страхові виплати з покриття витрат на стоматологічні послуги.

Страхові компанії можуть також пропонувати додатковий сервіс: відшкодування витрат на медичне обслуговування вдома, пільгове страхування для членів сімей, спеціальні програми для дітей і вагітних жінок.

Страховики-практики підтверджують, що на сучасному етапі добровільне медичне страхування не дає помітного прибутку більшості страхових компаній. У першу чергу вони проводять роботу із завоювання довіри у клієнта, і більшість компаній витрачає на страхові виплати 80-95% отриманих страхових платежів [2]. Крім того, сьогодні відома негативна практика ДМС, коли окремі страхові компанії намагаються легалізувати надання так званих неофіційних "платних медичних послуг", що викликає незадоволення у громадян, які звернувшись у лікарню, змушені купувати "страховий поліс".

Функціонує в Україні й інший елемент страхової медицини – лікарняні каси, створення яких було зумовлено дефіцитом місцевих бюджетів і значним зниженням рівня фінансування медичних послуг для населення. Створення лікарняних кас – це своєрідна реакція населення на обмежені можливості державного фінансування щодо забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Лікарняні каси можна розцінювати як додаткове джерело фінансування сфери охорони здоров’я за рахунок солідарно накопичених цільових персоналізованих внесків юридичних і фізичних осіб. Основне

завдання лікарняних кас – допомогти населенню отримати медичну допомогу вищої якості [3].

Лікарняні каси (ЛК) – це членські благодійні організації або громадські об'єднання, які функціонують у правовому полі, створеному відповідно до законів України „Про благодійництво та благодійні організації" та „Про об'єднання громадян". Каси об'єднують інтереси громадян, трудових колективів та медичних працівників у питаннях медикаментозного та діагностичного забезпечення членів ЛК при їх захворюванні.

У 2009 р. в Україні було зареєстровано і функціонувало 224 лікарняні каси, 60,7 % з яких були зареєстровані як благодійні фонди, використовуючи підставою для своєї роботи Закон України "Про благодійництво та благодійні організації" (1997 р.), у 2008 р. на цих засадах функціонувало 57,2 % ЛК. 39,3 % лікарняних кас, як і в попередньому році, працювало на основі Закону України "Про об'єднання громадян" (1992 р.). 185 або 83 % від загальної чисельності ЛК працювали згідно договорів з лікувально-профілактичними закладами [3].

Загальна кількість членів ЛК у 2009 році становила 752,3 тис. осіб (у 2008 р. 779,3 тис. осіб). Сумарний обсяг коштів, акумульованих лікарняними касами у 2009 р. становив 77,8 млн. грн. проти 59,7 млн. грн. у 2008 р. Серед регіонів найбільше коштів до ЛК надійшло у Житомирській (24,5 млн. грн.), Полтавській (7,4 млн. грн.), Чернігівській (7,3 млн. грн.), Миколаївській (6,7 млн. грн.) та Кіровоградській (5,3 млн. грн.) областях, які залишаються лідерами добровільного залучення коштів громадян для покриття дефіциту бюджетних асигнувань на медикаментозне забезпечення лікувального процесу та підтримку матеріально-технічної бази медичних закладів. Кожний регіон самостійно визначає структуру таких кас, суму страхових внесків і напрямки витрачання. Так, наприклад, у Миколаївській області відрахування до лікарняних кас становили щомісячно близько 5% від заробітної плати чи пенсії.

Левову частку створених фондів витрачають на придбання ліків. Так, у 2009 р. медикаменти отримали 501,6 тис. осіб, або 66,8% від загальної кількості

членів ЛК, у т.ч. 120,30 грн. в розрахунку на одного члена ЛК, який потребував такого лікування, (у 2008 р. – 105,84 грн., у 2007 р. – 91,2 грн.) [4].

Лікарняні каси можна розцінювати як своєрідні громадські добровільні нагромаджувальні фонди, котрі створюють з ініціативи громадян та лікарів-активістів. Однак процес створення лікарняних кас неконтрольований і немає належного законодавчого підґрунтя, що нерідко стає причиною для зловживань та порушень. Тому важливим напрямком державної політики у сфері охорони здоров'я має стати ухвалення закону "Про лікарняні каси".

Тому державна політика розвитку добровільного медичного страхування має бути спрямована:

– на створення умов для розвитку ДМС як ефективного доповнення до системи обов’язкового медичного страхування, котре забезпечило б покриття витрат за надання медичної допомоги понад або в межах обсягу і рівня, визначеного програмою ОМС;

– на посилення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров’я працівників шляхом встановлення економічних стимулів (включення витрат на ДМС до валових витрат при обчисленні оподатковуваного прибутку тощо);

– на підвищення надійності страхових організацій, що працюють у системі ДМС, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування і забезпечення контролю за дотриманням єдиних стандартів у всіх медичних установах [5].

Повноцінний розвиток добровільного медичного страхування в Україні дасть змогу вирішити такі основні завдання: створити умови для більш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; зменшити навантаження на державну систему охорони здоров’я і дещо поліпшити її фінансовий стан; зменшити частку тіньового сектору медицини.

Література:

1. Итоги ринка ДМС в Украине в 1 полугодии 2010 года [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://med-insurance.com.ua/review/288
2. Черняховський В. Не думай о страховке свысока. [Електронний ресурс] - Режим доступу: http:// www.uainsur.com>.
3. Що таке ЛК? [Електронний ресурс] // Асоціація працівників лікарняних кас України. - Режим доступу: - http://likkasa.com/?page_id=20
4. Результати діяльності Лікарняних кас [Електронний ресурс] // Асоціація працівників лікарняних кас України. - Режим доступу: - http://likkasa.com/?page_id=26
5. Слюсаренко О.О. Медичне страхування: стан та тенденції розвитку. [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.uainsur.com.ua>.