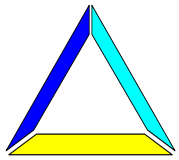
Інститут Економічних Досліджень та Політичних Консультацій в Україні

Німецька Консультативна Група при Уряді України

Рейтарська 8/5-А, 01034 Київ,

Тел. (+38044) 278-6342, 278-6360, Факс 278-6336

E-mail: institute@ier.kiev.ua, http://www.ier.kiev.ua



W7

Криза німецької системи соціального медичного страхування – уроки для України

Резюме

Україна намагається забезпечити більший обсяг та стабільніше фінансування системи охорони здоров'я шляхом запровадження соціального медичного страхування, внески на яке сплачуватимуться із заробітної плати. На сьогодні у Верховній Раді зареєстровано декілька законопроектів щодо запровадження соціального медичного страхування. У такий спосіб урядовці та народні депутати планують дотримуватись німецької моделі медичного страхування. Однак стабільне та стійке фінансування системи охорони здоров'я вимагає існування ширшої і стабільнішої бази сплати внесків. Зазвичай західноєвропейські моделі фінансування соціального медичного страхування за рахунок внесків, що сплачуються із заробітної плати, характеризуються постійним зменшенням бази сплати внесків через демографічну ситуацію та структурні зміни в економіці, що призводить до непропорційно високих ставок внесків, які підвищуються ще більше через значне зростання видатків на охорону здоров'я, спричиненого старінням населення та неефективним наданням медичної допомоги. Оскільки в Україні соціальна та економічна ситуація є подібною, зокрема це стосується демографічної ситуації, старіння населення, неефективного надання медичної допомоги та структурних змін в економіці, неможливо забезпечити стабільне фінансування соціального медичного страхування. Отже, на нашу думку, для надання основних видів медичної допомоги всьому населенню Україні слід вдосконалити та надалі розвивати податкове фінансування системи охорони здоров'я.

Зміст

1. Вступ
2. Традиційна німецька система соціального медичного страхування Бісмарка
3. Виклики німецькій системі соціального медичного страхування
   - 3.1 Зменшення бази сплати внесків
     - *3.1.1 Демографічні зміни*
     - *3.1.2 Структурні зміни в економіці Німеччини*
   - 3.2 Значне зростання видатків на соціальне медичне страхування
     - *3.2.1 Вплив старіння населення на видатки на охорону здоров'я*
     - *3.2.2 Неефективне надання медичної допомоги в німецькій системі соціального медичного страхування*
   - 3.3 Огляд реформування системи охорони здоров'я в Німеччині
4. Чи сприяють умови в Україні запровадженню соціального медичного страхування?
   - 4.1 База сплати внесків
     - *4.1.1 Демографічні зміни*
     - *4.1.2 Зайнятість поза системою соціального страхування*
   - 4.2 Очікуване зростання видатків
     - *4.2.1 Вплив старіння населення на видатки на охорону здоров'я*
     - *4.2.2 Низька ефективність надання медичної допомоги*
5. Рекомендації щодо економічної політики

1 Вступ

Протягом багатьох років українські уряди планують запровадити загальнообов'язкове соціальне медичне страхування. На сьогодні до Верховної Ради подано декілька законопроектів щодо цього питання. Українські політики відкрито заявляють, що вони дотримуються німецької моделі соціального страхування. У такий спосіб вони намагаються забезпечити більший обсяг та стабільне фінансування системи охорони здоров'я, що є неефективною і яка на сьогодні недостатньо фінансується. Планується запровадити традиційну німецьку систему соціального медичного страхування "Бісмарка" задля фінансування охорони здоров'я із сплатою внесків роботодавцями та працівниками із заробітної плати. Вважається, що система медичного страхування Бісмарка в Україні характеризуватиметься довгостроковою фінансовою стійкістю.

Однак українські політики ймовірно обрали модель минулого. Протягом останніх десятиліть багато країн Західної Європи, включаючи Німеччину, зіткнулись з тим, що неможливо утримати фінансову стійкість традиційної системи соціального медичного страхування Бісмарка.

В роботі ми аналізуємо поточний стан німецького соціального медичного страхування та його реформи. Ми зосереджуємо увагу на постійних викликах фінансовій стійкості традиційного соціального медичного страхування та його фінансовій кризі.

Далі ми аналізуємо досвід Німеччини як урок для України і показуємо, що найголовніші чинники кризи німецького соціального медичного страхування наявні і в Україні. Ситуація в Україні досить швидко призведе до підриву фінансової основи традиційного соціального медичного страхування. Ми рекомендуємо українським політикам взяти до уваги останні досягнення та концепції реформування фінансування охорони здоров'я та серйозно переглянути поточні плани запровадити традиційну систему соціального медичного страхування.

2 Традиційна німецька система соціального медичного страхування Бісмарка

Німецьке обов'язкове соціальне медичне страхування є частиною ширшої системи соціального захисту в країні. Система соціального страхування складається із п'яти видів страхування, включаючи соціальне медичне страхування (див. Таблицю 1). В червні 2007 року середній розмір внеску на цей вид страхування становив 41,5% від сукупної заробітної плати.1

Головним принципом соціального медичного страхування є солідарність, в основі якої дві складові: перерозподіл між поколіннями та перерозподіл між особами. Це означає перехресне субсидування від осіб із низьким ризиком особам із високим рівнем ризику, від багатих до малозабезпечених, від молодих до більш старих застрахованих осіб.

Німецька система соціального медичного страхування основується на припущенні, що більшість громадян має доступ до охорони здоров'я завдяки зайнятості. Внески сплачуються як відсоток від заробітної плати як роботодавцями, так і працівниками. Всі німці, які заробляють менше певного рівня доходу2, зобов'язані бути членами соціального медичного страхування, яке покриває майже 90% населення3.

Таблиця 1
Німеччина - соціальне страхування та розмір внесків (червень 2007 р.)

Вид соціального страхування	Розмір внеску у % до заробітної плати
Пенсійне страхування	19,9
Соціальне медичне страхування (середня ставка)	14,3
Страхування на випадок безробіття	4,2
Страхування медичного догляду	1,7
Страхування від нещасного випадку на виробництві (середня ставка)	1,4
Всього	41,5

1 Прогресивна ставка податку на доходи фізичних осіб становить від 15% до 45% (2007 рік).

2 На сьогодні рівень доходу для обов'язкової участі в системі встановлено на рівні 3525 євро в місяць.

3 R. Busse and A.Riesberg (2004): *Health Care System in Transition: Germany 2004.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004

Джерело: http://www.deutsche-sozialversicherung.de

Чоловік/дружина, які не працюють, та діти покриваються безкоштовно. Внески за пенсіонерів сплачуються порівну самими пенсіонерами та пенсійними фондами, а внески за безробітних покриваються повністю страхування на випадок безробіття. Однак, оскільки німецька система соціального страхування повністю побудована як солідарна система, зайняті особи несуть весь тягар фінансування системи охорони здоров'я.

Страхові внески збираються лікарняними фондами, які утворено як частково державні, частково приватні неприбуткові організації. Як і податкова адміністрація, лікарняні фонди отримують від роботодавців інформацію про заробітну плату працівників та автоматично отримують страхові внески від роботодавців.

Медичні послуги оплачуються відповідно потреби в них. Лікарняні фонди компенсують медичним закладам витрати на надання медичної допомоги відповідно до попередньо підписаних договорів та реально наданої допомоги.

3 Виклики німецькій системі соціального медичного страхування

Система соціального медичного страхування протягом останнього століття залишалась надзвичайно стабільною. Однак, починаючи із 70х років минулого століття, система повинна була справитись із двома головними викликами, як-то постійне зменшення бази сплати внесків та дедалі вища вартість медичної допомоги.

3.1 Зменшення бази сплати внесків

3.1.1 Демографічні зміни

Як і багато європейських країн Німеччину очікують значні демографічні зміни, які відбудуться завдяки скороченню та старінню населення. Рівень народжуваності є досить низьким для утримання сталої кількості населення, а очікувана тривалість життя, яка зростає, приводить до старіння населення (див. Таблицю 2).

Результатом демографічних змін стане скорочення кількості працездатних осіб (у віці 15-64 років), яка утримує все більшу кількість пенсіонерів. Наприклад, у 2000 році кожен пенсіонер фінансувався в середньому більше ніж чотирма працездатними особами, тоді як у 2040 році це буде менше, ніж дві особи.4 Іншими словами, через демографічну ситуацію постійно зменшуватиметься база сплати внесків на соціальне медичне страхування.

Таблиця 2
Німеччина – населення за віковими групами (2000-2040 роки, сценарій середнього рівня народжуваності)

	2000	2010	2020	2030	2040
Сукупна чисельність населення, млн. осіб	82,30	82,36	81,16	79,35	76,85
0-14, %	15,60	13,50	12,80	13,20	13,20
15-64, %	68,00	66,00	64,80	59,50	56,50
65+, %	16,40	20,50	22,40	27,30	30,30
Частка осіб у віці 65+ до 15-64	0,24	0,31	0,35	0,46	0,54

Джерело: дані по населенню ООН http://esa.un.org/unpp/

3.1.2 Структурні зміни в економіці Німеччини

З 1970х років економіка Німеччини зміщується від виробництва до надання послуг. Це зміщення, разом із жорстким регулюванням ринку праці та повною системою соціального захисту призвело до зростання структурного (тривалого) безробіття. Офіційний рівень безробіття у 1980 році складав 3,8%, тоді як у 2005 році він зріс до 11,7%. При цьому спостерігається значна нерівність між регіонами.

Більше того, дедалі більша конкуренція на європейських та світових ринках призвела до створення робочих місць поза стандартною та дорогою системою обов'язкового соціального страхування. Особливо це стосується низькокваліфікованих та малооплачуваних робочих місць, оскільки високий рівень соціальних внесків зменшує їх конкурентоспроможність. Натомість значно зросла кількість малих підприємців. Як

[4] Щоб утримати рівень підтримки на постійному рівні до 2050 року, в середньому потрібно прибуття до країни 3.4 млн. іммігрантів щороку. Щоб утримати кількість населення постійною (із скороченням рівня підтримки з 4,1 до 2,3 осіб у 2050 році), в середньому щороку потрібно 324 млн. іммігрантів. Незважаючи на це, немає узгодженої політики щодо імміграції.

результат, значна кількість осіб не є членами стандартного соціального страхування, яке надається за місцем роботи. Отже, база сплати внесків на соціальне страхування скоротилась, що призвело до подальшого підвищення розміру внесків, яке є необхідним для фінансування втрат, що знову, через порочне коло, призводить до скорочення зайнятості. На сьогодні система соціального захисту стала непосильним тягарем для німецької робочої сили.

Результатом високих податків на і соціальних внесків із заробітної плати стала тіньова економіка, яку оцінено на рівні 17% від ВВП Німеччини (у 2003 році).

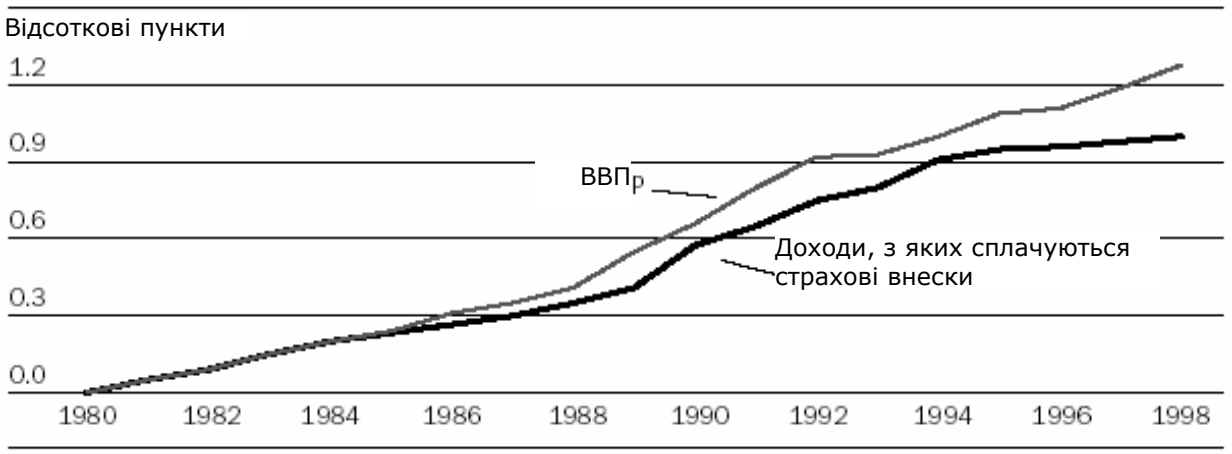
Щоб зменшити конкурентний тиск за низькооплачувані робочі місця уряд ухвалив рішення щодо зниження розміру внесків на соціальне медичне страхування для цієї групи.

Протягом останніх 30 років, темпи зростання більшості із західних економік, включаючи Німеччину, зростали швидше, ніж заробітна плата (див. Рисунок 1). Як результат, відносна частка доходів, з якої сплачуються соціальне внески, до ВВП зменшилась. В той час як у 1970х роках частка оподаткованої заробітної плати досягла 52,5% від ВВП, вона скоротилась до 47% у 2001 році.[5] Така зміна призвела до відповідного зменшення бази сплати внесків.

Об'єднання Німеччини у 1990 році поглибило проблему зменшення бази сплати внесків. Структурні економічні зміни, високий рівень безробіття та сталі заробітні плати призвели до скорочення бази сплати внесків та низьких доходів. Водночас, попит на медичну допомогу в Східній Німеччині швидко наблизився до обсягів Західної Німеччини.

Рисунок 1

Темпи зростання ВВП та доходів, з яких сплачуються внески на соціальне медичне страхування в Німеччині, 1980-1998 рр.



Джерело: Stephanie Stock, Marcus Redaelli, and Karl Wilhelm Lauterbach (2006): The Influence Of The Labor Market On German Health Care Reforms, Health Affairs, Vol 25, Issue 4, 1143-1152

3.2 Значне зростання видатків на соціальне медичне страхування

Видатки на охорону здоров'я підвищились у всіх країнах ОЕСР. Середні сукупні видатки на охорону здоров'я в цих країнах більш ніж подвоїлись: з 3,8% від ВВП у 1960 до 8,8% від ВВП 2005 році відповідно. Очікується, що така динаміка матиме місце і в майбутньому.

Головним чинником цього є те, що на фоні доходів, які зростають, попит на послуги охорони здоров'я задовольняється менше, ніж попит на інші споживчі товари.[6] Іншими важливими чинниками зростання видатків у німецькому секторі охорони здоров'я є старіння населення та низька конкуренція в цьому секторі.

3.2.1 Вплив старіння населення на видатки на охорону здоров'я

Так званий процес подвійного старіння, який пояснюється низьким рівнем народжуваності та зростанням очікуваної тривалості життя, призводить до змін вікової структури населення. Частка молодих осіб буде зменшуватись, а старших осіб – зростатиме. Більше того, попит на медичну допомогу значно зростає для осіб віком понад 55 років. Літні люди

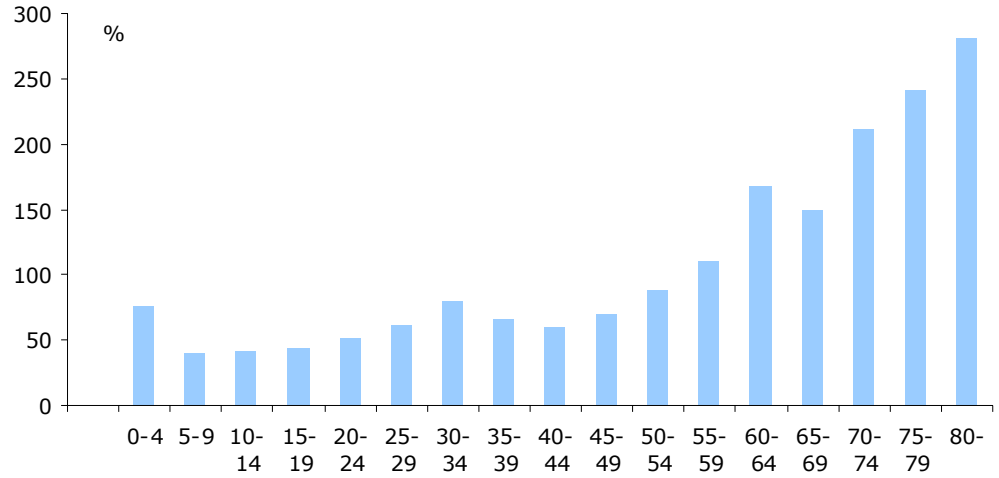
[5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003: S. 165 ff.

[6] Robert E. Hall and Charles I. Jones (2004): The value of life and the rise in health spending. NBER Working Paper No. 10737

споживають в декілька разів більше послуг охорони здоров'я, ніж молодь (див. Рисунок 2). Рисунок 2 ілюструє баланс попиту на медичну допомогу між різними віковими групами. Рівень 100% притаманний тій віковій групі, на яку припадає частка видатків на медичну допомогу, що дорівнює її частці в населенні країни. Видатки на соціальне медичне страхування на одну особу вікової групи 65-69 років втричі перевищують відповідні видатки для вікової групи 20-24 років.

Рисунок 2

Німеччина – видатки на соціальне медичне страхування на одну особу, 2005 рік



Джерело: власні розрахунки

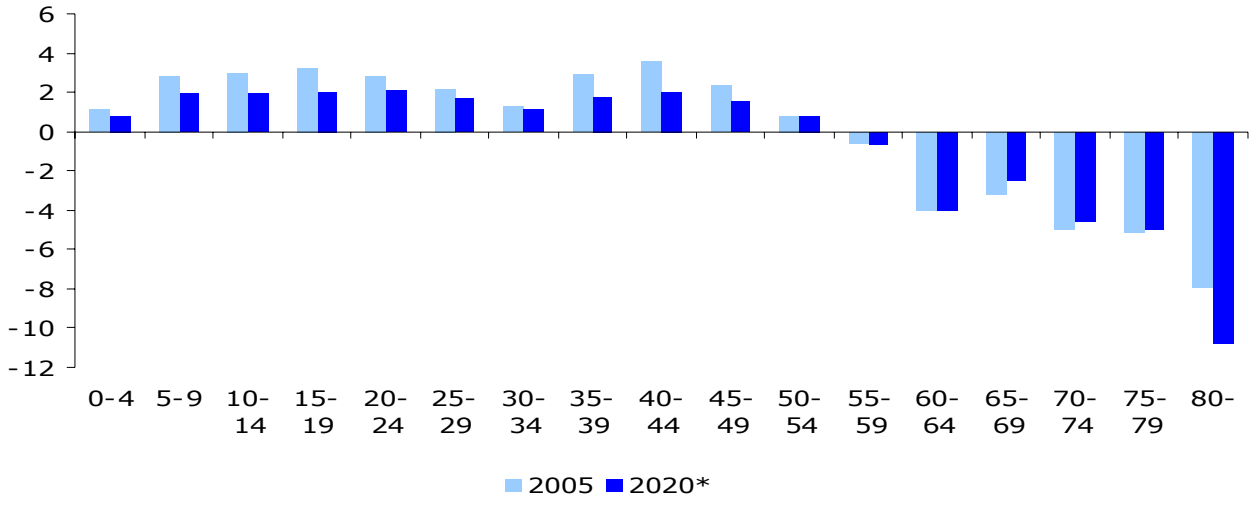
Хоча старіння населення не призведе до зміни видатків на одну особу, воно змінить баланс між віковими групами (див. Рисунок 3). Оскільки дані щодо фінансових внесків на соціальне медичне страхування різними віковими групами відсутні, ми використовуємо видатки на соціальне медичне страхування за віковими групами у 2005 році, віднімаючи їх від частки відповідної групи у населенні країни у цьому ж році. Для 2020 року ми використали демографічний прогноз та припустили ті ж частки видатків для кожної групи.

Із Рисунку 3 видно, що у 2005 році баланс між поколіннями після 55 років є від'ємним, тобто на вікову групу припадає більша частка видатків на соціальне медичне страхування, ніж його частка в населенні. У 2020 році баланс між віковими групами значно змінюється не на користь молоді. В той час як частка населення молодших за 55 років сильно скорочується, показники для старшого населення майже не змінюються.

Обидва фактори означають, що менша кількість працездатного населення повинна буде фінансувати вищі затрати на охорону здоров'я. На індивідуальному рівні це означатиме вищі ставки внесків на соціальне медичне страхування.

Рисунок 3

Частка населення Німеччини понад частку видатків на соціальне медичне страхування



Джерело: власні розрахунки.

Для того, щоб оцінити наслідки процесу старіння, ми обчислили видатки на одну особу на соціальне медичне страхування. У 2005 році сукупні видатки на соціальне медичне страхування становили 140 млрд. грн. євро або ж 1699 євро на одну особу. Якщо розглядати вікові групи окремо, то ці видатки склали на дитину віком до 14 років 882 євро, на працездатну особу віком від 15 до 64 років – 1331 євро та 3608 євро на особу віком понад 65 років[7]. За нашими оцінками у 2020 році сукупні видатки на соціальне медичне страхування дещо зростуть до 144,4 млрд. євро (в євро 2005 року), незважаючи на незначне скорочення кількості населення (на 2,4 млн. осіб), а видатки на одну особу збільшаться до 1805 євро, що означатиме зростання на 6,2%. Однак, якщо припустити, що внески на соціальне медичне страхування сплачують лише працездатні особи, то тільки процес старіння призведе до зростання фінансового тягаря для цієї групи на 9,7% (див. Таблицю 3).

Таблиця 3

Німеччина – вплив старіння на видатки на охорону здоров'я

	всього	0-14	15-64	65+
2005				
Населення, млн. осіб	82,4	11,9	54,9	15,6
Частка населення (%)	100	14,4	66,6	18,9
Видатки на соціальне медичне страхування, млрд. євро	140	10,5	73,1	56,3
Видатки на соціальне медичне страхування на одну особу, євро	1699	882	1331	3608
2020				
Населення, млн. осіб	80	9,8	51,6	18,6
Частка населення (%)	100	12,25	64,5	23,25
Видатки на соціальне медичне страхування, млрд. євро	144,4	8,6	68,7	67,1
Видатки на соціальне медичне страхування на одну особу, євро	1805	882	1331	3608

Джерело: дані по населенню ООН, VGR, BFS, власні розрахунки.

За оцінками лише процес старіння населення призведе в Німеччині до 2050 року до збільшення видатків на 28-30%.[8]

3.2.2 Неефективне надання медичної допомоги в німецькій системі соціального медичного страхування

Особи, які сплачують високі страхові внески, пристосовують свою позицію щодо попиту на відповідні послуги. Однак застраховані в німецькій системі соціального медичного страхування майже ніколи не знають про сукупні витрати на їх лікування, оскільки заклади охорони здоров'я напряму отримують компенсацію за надані послуги від лікарняних фондів. Постачальники послуг з охорони здоров'я отримують платежі за надані послуги. Отже, вони конкурують між собою за клієнтів (пацієнтів) через виписування їм дорогих лікарів і призначення дорогого лікування, що має на меті зробити клієнта задоволеним (позиція попиту) та бажаючим частіше відвідувати лікаря . В багатьох випадках призначається дуже дороге, але медично не обґрунтоване лікування. Більш того, німецькі заклади охорони здоров'я дедалі більше конкурують з немедичною індустрією здорового способу життя.

Контроль за видатками повинен проводитись неприбутковими лікарняними фондами шляхом перевірки вже наданих послуг. У випадку наявності різних поглядів між закладом охорони здоров'я та лікарням фондом, останній повинен відстоювати свою думку в суді.

Оскільки бракує конкуренції між лікарняними фондами за страхові внески, для них легше і зручніше підвищити витрати для всіх застрахованих осіб шляхом незначного підвищення

[7] Офіційний вік виходу на пенсію в Німеччині буде поступово підвищено з 65 до 67 років як для чоловіків, так і для жінок. Однак, ефективний пенсійний вік є на декілька років нижчим, ніж офіційний.

[8] DIW Berlin (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. S. 98 ff.

розміру обов'язкових страхових внесків. А оскільки вищі витрати індивідуального лікування припадають на всіх застрахованих осіб, таке підвищення не буде суттєвим для кожної окремої особи. Однак, чим більше заклади охорони здоров'я та лікарняні фонди вдаються до такої практики, тим вищим є зростання розміру внесків. Якщо у 1970 році середній розмір внеску становив 8,2%, то у 2002 році він підвищився до 14,32%. В економічно депресивних регіонах розмір внесків перевищив 15% і постійно є вищим, ніж в економічно розвинених країнах.

Структура стимулів та брак конкуренції в німецькій системі охорони здоров'я не відповідає потребі контролювати видатки на охорону здоров'я. Звичайно, ще одним чинником зростання таких видатків є медичні і технологічні інновації.

3.3 Огляд реформування системи охорони здоров'я в Німеччині

Вже понад 20 років німецькі урядовці за допомогою часткових реформ намагаються не допустити подальшого підвищення розміру ставок на соціальне медичне страхування. Всі спроби підвищити ефективність системи охорони здоров'я, запровадити конкуренцію між лікарняними касами та закладами охорони здоров'я, запровадити адміністративні заходи з метою утримання видатків та перенесення фінансових витрат на пацієнтів провалились або ж мали лише дуже короткострокові успіхи. Розмір внесків на соціальне медичне страхування продовжує зростати (див. Таблицю 4). Незважаючи на високий рівень видатків, німецька система охорони здоров'я радше досягнула нижчих за середні результати порівняно із показниками здоров'я та рівнем видатків для інших країн ОЕСР (див. Вставку 1 в додатку).

Всі реформи провалились оскільки вони не стосувались головної причини зростання внесків на соціальне медичне страхування, а саме скорочення бази сплати внеску, яка прикріплена до ринку праці, на фоні постійного зростання вартості медичної допомоги. В цьому відношенні Німеччина є пізнім реформатором порівняно із іншими європейськими країнами (короткий огляд щодо цього подано у вставці 2 в додатку).

Таблиця 4

Німеччина – середній розмір внеску до лікарняних фондів (Західна Німеччина)

Рік	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2005	2007
Середній розмір внеску, %	8,2	10,5	11,4	11,7	12,8	13,4	13,5	14,3	13,3	14,3

Джерело: the BFS

На сьогодні обговорюються дві найголовніші ідеї щодо відокремлення фінансування охорони здоров'я від ринку раці та розширення бази сплати внесків.

Перша пропозиція називається "Медичне страхування для всіх громадян" (німецькою Bürgerversicherung). Відповідно до цієї пропозиції крім внеску на соціальне медичне страхування, який сплачується із заробітної плати, база сплати внеску буде включати податки з усіх видів особистого доходу, тобто передбачається включення до сплати внесків всього населення. Ця пропозиція дещо схожа на французьку систему "Contribution Sociale Généralisée (CSG) та"Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale" (CRDS).[9] Відповідно до цієї пропозиції буде запроваджено адресний податок на доходи фізичних осіб для соціальних потреб, що означатиме подальше існування сьогоднішньої системи соціального страхування.

В той час як це сприятиме значному розширенню бази сплати внеску, а також частково відокремить соціальне медичне страхування від ринку праці, проблема зростання вартості охорони здоров'я не вирішується. Навіть гірше, вона зруйнує сьогоднішнє повністю профінансоване медичне страхування, яке покриває більше ніж 10% населення. Іншим недоліком пропозиції є те, що за збір адресного податку будуть відповідати лікарняні фонди, які будуть бюрократичною структурою, що конкуруватиме із податковою адміністрацією. В той час як корпоративні та споживчі податки будуть збиратись і перерозподілятись через податкову систему, збір та перерозподіл податків, які сплачуються з доходу, через систему соціального страхування, створить досить неефективну систему паралельного оподаткування та паперової роботи.

[9] В той час як CSG на рівні 7,5% замінив внесок працівників на соціальне медичне страхування, CRDS на рівні 0,5% є тимчасовим податком, який покликаний стабілізувати соціальне медичне страхування шляхом зменшення його дефіциту.

Альтернативною пропозицією щодо реформування є "Схема єдиної ставки внеску". Відповідно до цієї пропозиції фінансування соціального медичного страхування повністю буде відокремлено від ринку праці. Кожен громадянин сплачуватиме єдину ставку на рівні 110 євро в місяць, незалежно від рівня доходу. Медична допомога як і будь-які інші послуги надаватиметься також незалежно від рівня доходу. Роботодавці сплачуватимуть додаткового по 60 євро в місяць за кожного працівника. За дітей і бідних осіб єдиний внесок сплачуватиметься за рахунок бюджету. Перерозподіл буде повністю перенесено в податкову систему. Ця пропозиція дозволить приватним компаніям із медичного страхування надавати додаткове страхове покриття. Ця реформа повторює досвід з реформування Швейцарії та Голландії.

Незважаючи на те, яку з реформ буде впроваджено, класична система соціального медичного страхування Бісмарка більше не буде використовуватись в Німеччині. Більшість експертів сьогодні погоджуються, що стійка система охорони здоров'я в майбутньому поєднає державне надання базової медичної допомоги разом із додатковим приватним страхуванням відповідно до особистих смаків і потреб.

4. Чи сприяють умови в Україні запровадженню соціального медичного страхування?

Ми визначили постійне скорочення бази сплати внесків та значне зростання видатків на охорону здоров'я як найголовніші причини, що підривають довгострокову фінансову стійкість німецької системи соціального медичного страхування. База сплати внесків скорочується загалом через демографічний розвиток та структурні зміни в економіці (безробіття, і велика група осіб залишається поза стандартною системою соціального страхування). Постійне зростання видатків на охорону здоров'я спричинено старінням населення та неефективним наданням медичної допомоги.

В цьому розділі ми використаємо досвід Німеччини, щоб перевірити, чи сприяють українські умови запровадженню соціального медичного страхування.

На сьогодні в Україні є спроби запровадити соціальне медичне страхування за моделлю Бісмарка з метою завершити побудову системи соціального захисту. Нині існує чотири різні види соціального страхування (див. Таблицю 5). Середня ставка внеску на соціальне страхування у 2007 році є досить близькою до середньої ставки в Німеччині у 41,5%.

Однак, українська система поки що не включає соціального медичного страхування, внесок на який буде додано до наявного сукупного внеску.

Таблиця 5

Україна - Нарахування та відрахування від заробітної плати, 2007 рік

	Нарахування на заробітну плату (%)	Відрахування на заробітну плату (%)	Сукупні відрахування / нарахування (%)
Пенсійне страхування	33,2	0,5 – 2,0*	33,7-35,2
Соціальне страхування на випадок тимчасової втрати працездатності	1,5	0,5-1,0*	2,0-2,5
Соціальне страхування на випадок безробіття	1,3	0,5	1,8
Соціальне страхування від нещасних випадків	0,66-13,6**	0,0	0,66-13,6**
Сукупний внесок на соціальне страхування	36,66-49,6	1,5-3,5	38,16-53,1

Джерело: Закон про розмір внесків на обов'язкове соціальне страхування, Закон про Державний бюджет на 2007 р.

* нижчий рівень внесків сплачується працівниками із рівнем заробітної плати, нижчою за прожитковий мінімуму, встановлений для працездатних осіб, а вищий внесок сплачується тими, чия заробітна плата вища, за прожитковий мінімум.

** ставка внеску залежить від рівня професійного ризику

4.1 База сплати внесків

4.1.1 Демографічні зміни

Якщо розглянути демографічну ситуацію, то українська соціальна система вже характеризується несприятливим рівнем залежності, який, як очікується, Німеччина досягне лише у 2020 році. До 2030 року українське населення скоротиться і старітиме швидше, ніж німецьке. Після цього року відношення кількості працездатних осіб до кількості пенсіонерів не буде суттєво змінюватись (див. Таблицю 6)

Таблиця 6
Україна – населення за віковими групами (2000-2040 роки, сценарій середнього рівня народжуваності)

	2000	2010	2020	2030	2040
Сукупна чисельність населення,					
млн. осіб	48,85	45,17	41,68	38,05	34,47
0-14, %	17,50	13,60	14,00	12,70	12,10
15-64, %	61,60	65,50	61,70	60,10	57,10
65+, %	20,90	20,90	24,30	27,20	30,80
Частка осіб у віці 65+ до 15-64	0,34	0,32	0,39	0,45	0,54

Джерело: дані по населенню ООН, http://esa.un.org/unpp/

4.1.2 Зайнятість поза системою соціального страхування

В українській економіці відбуваються значні структурні зміни. Вже сьогодні значна чисельність робочих місць в України залишається поза сплатою внесків до стандартної системи соціального страхування.[10] Більше, ніж 4 млн. осіб, які зайняті в сільському господарстві за системою сплати фіксованого сільськогосподарського податку і більше, ніж 2 млн. осіб, які обрали спрощену систему оподаткування, не беруть повної участі у сплаті внесків із заробітної плати до системи соціального страхування.

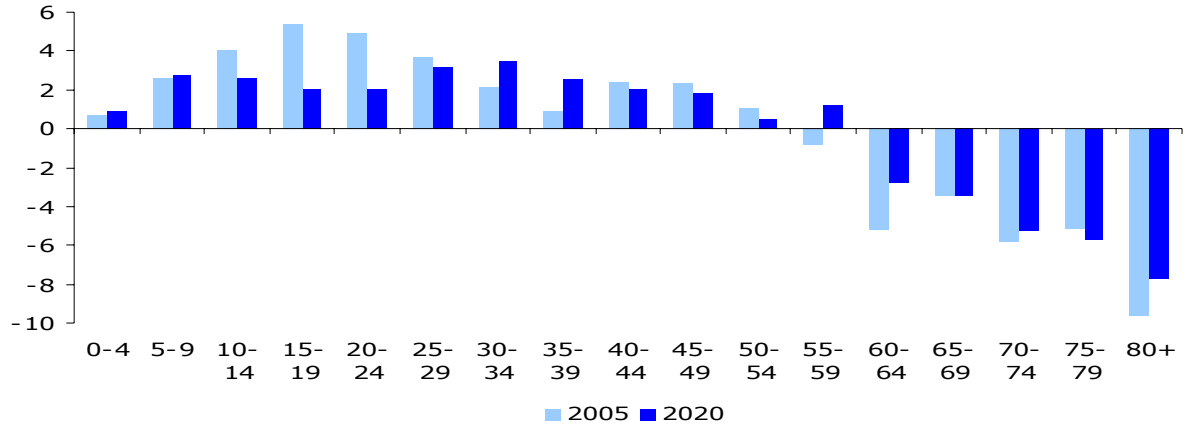
Потенційна база сплати внесків на соціальне медичне страхування в українській системі соціального страхування вже є вузькою, а з часом буде скорочуватись і надалі через демографічну ситуацію та подальші структурні зміни в економіці. З цієї точки зору, будь-яке соціальне медичне страхування, внесок на яке сплачується із заробітної плати, буде фінансово нестійким в довгостроковому періоді.

4.2 Очікуване зростання видатків

4.2.1 Вплив старіння населення на видатки на охорону здоров`я

Старіння українського населення матиме значний вплив на видатки на охорону здоров`я (див. Рисунок 4). Ми припускаємо, що рівень видатків за віковими групами є подібним до видатків в Німеччині, і використовуємо демографічні дані та прогноз для 2005 та 2020 років.

Рисунок 4
Частка населення України понад частку видатків на соціальне медичне страхування



[10] Для більш детального аналізу див. Консультативну роботу Інституту V17 "Реформування доходів в системі загальнообов'язкового соціального страхування: оцінка можливості зниження рівня страхових внесків в Україні", грудень 2006.

Джерело: власні розрахунки.

4.2.2 Низька ефективність надання медичної допомоги

Українські лікувальні заклади не стикаються ні із значною конкуренцією, а ні з дуже ефективними стимулами. На сьогодні лікарні є найголовнішим постачальником медичної допомоги. Нині, заклади охорони здоров'я адмініструють бюджети, в яких асигнування призначаються не у відповідності до наданих послуг, а відповідно до наявних потужностей.[11] В такій системі пацієнт розглядається як фактор витрат та стаття видатків, де кожен додатковий пацієнт та надане лікування відображається на бюджеті. Заклади охорони здоров'я мають незначні стимули для підвищення ефективності оскільки це не впливає на їхні бюджети або рівень заробітної плати працівників.

Значне підвищення видатків на охорону здоров'я, яке відбулось протягом останніх років, переважно було спрямоване на збільшення заробітної плати. Відповідно до даних Верховної Ради у 2006 році частка видатків на оплату праці склала майже 70-75% від сукупних видатків на охорону здоров'я. Водночас через велику кількість працівників в цьому секторі та неефективність роботи, рівень заробітної плати в секторі залишається одним із найнижчих в українській економіці. Якщо підсумувати, то стимули та структура української системи охорони здоров'я не є придатною для запровадження соціального медичного страхування за моделлю Бісмарка.

5 Рекомендації щодо економічної політики

Економічна та демографічна ситуація в Україні не є сприятливою для запровадження соціального медичного страхування.

Оскільки сукупний рівень соціальних внесків є вже на дуже високому рівні у 41% від суми оплати праці, будь-які додаткові внески матимуть надзвичайно негативні наслідки для зайнятості, зменшать вже низький рівень сплати внесків та підштовхнуть економічну діяльність до переходу у тіньову економіку.

Більш того, очікуваний демографічний виклик Україні полягає в утриманні вже наявної системи соціального страхування. Переобтяження системи не тільки призведе до зниження доходів на соціальне медичне страхування, але й поставить під питання чутливу структуру пенсійної системи. В будь-якому випадку соціальне страхування, на яке сплачуються внески із заробітної плати, повинне буде співіснувати із значним зменшенням зайнятості, а отже і з скороченням бази сплати внесків в Україні.

Соціальне медичне страхування в Україні не буде фінансово стійким.

Натомість, Україні слід й надалі розвивати систему охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків. У 2006 році Україна витратила майже 6% від ВВП на охорону здоров'я, що відповідає рівню видатків сусідніх країн, як-то Польща та Словаччина. 68% від сукупних видатків на охорону здоров'я припадають на Зведений бюджет, тобто на податкове фінансування. Це є значним покращенням фінансування порівняно із попередніми роками. Замість підвищення соціальних внесків і податків, Україні слід зосередити увагу на розширенні бази сплати внесків та покращенню рівня їх сплати.[12]

Як ми вже стверджували в попередній роботі, головною причиною незадовільного стану системи охорони здоров'я є не недостатнє фінансування, а неефективність надання медичної допомоги. [13] Отже, українським урядовцям насамперед слід підвищити ефективність системи.

Більш того, ми рекомендуємо розвивати додаткове добровільне приватне медичне страхування.

Автори: Ласр Хандріх та Олександра Бетлій

Рецензент: Фердінанд Павел

[11] Для детального аналізу див. Консультативну роботу Інституту U8 "Перші кроки реформи сектора охорони здоров'я: підвищити ефективність та залучити приватний сектор", липень 2005.

[12] Для детального аналізу див. Консультативну роботу Інституту V17 "Реформування доходів в системі загальнообов'язкового соціального страхування: оцінка можливості зниження рівня страхових внесків в Україні", грудень 2006.

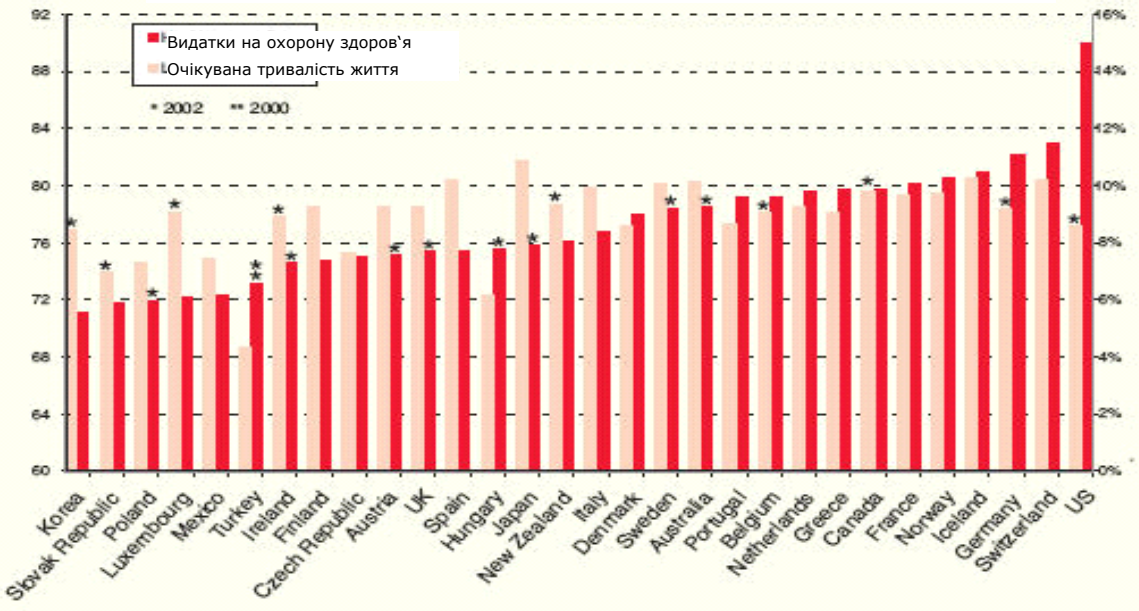
[13] Для детального аналізу див. Консультативну роботу Інституту U8 "Перші кроки реформи сектора охорони здоров'я: підвищити ефективність та залучити приватний сектор", липень 2005.

Вставка 1.
Дорога, але неефективна система охорони здоров'я

На сьогодні, Німеччина витрачає більше, ніж 11% від ВВП на охорону здоров'я, що ставить її на третє місце в світі за цим показником. Однак, здається, що немає зв'язку між високими видатками на охорону здоров'я в Німеччині та якістю надання медичної допомоги, оскільки німецьке населення має в найкращому випадку такі ж, або часто й гірші показники здоров'я, ніж громадяни інших західноєвропейських країн, які часто витрачають набагато менше на охорону здоров'я. Наприклад, очікувана тривалість життя в Німеччині є нижчою, ніж в інших країнах Західної Європи. В той час як у Фінляндії, Австрії, Великобританії та Іспанії витрачають менше, ніж 8% від ВВП на охорону здоров'я, очікувана тривалість життя в цих країнах є такою ж, або навіть вищою.

Рисунок 4

Видатки на охорону здоров'я
(у % від ВВП) та очікувана тривалість життя, 2003 рік



Джерело: дані ОЕСР, 2005 рік, або див. http://dx.doi.org/10.1787/132836124886

Отже, дорога система охорони здоров'я не означає автоматично значно кращого стану здоров'я населення. Якщо брати показники здоров'я як орієнтир, то порівняння з іншими країнами та показниками здоров'я показує, що німецька модель соціального медичного страхування є досить неефективною через високі витрати та більш низьку якість здоров'я німецького населення.

Вставка 2
Реформа соціального медичного страхування в європейських країнах

Німеччина – це не єдина країна, в якій традиційне соціальне медичне страхування Бісмарка довело свою фінансову нежиттєздатність. Системні реформи і зміни стали необхідними в більшості європейських країн, де існувала система соціального захисту, побудована за принципами моделі Бісмарка. Данія (у 1973 році), Італія (у 1978 році), Португалія (у 1979 році), Греція (у 1983 році) та Іспанія (у 1986 році) ліквідували соціальне медичне страхування Бісмарка і перейшли до переважного податкового фінансування охорони здоров'я, таким чином приєднавшись до групи країн із податковим фінансування системи охорони здоров'я (як-то Норвегія, Швеція, Фінляндія, Ісландія, Великобританія, Ірландія).

Швейцарія (у 1996 році) та в деякій мірі Голландія[14] (у 2005 році) відмінили принцип "солідарності" в системі медичного страхування та запровадили Схему єдиної ставки внеску. Малозабезпечені особи отримують грошові трансферти з бюджету для покриття медичного страхування. Внески за дітей повністю фінансуються за рахунок податків.

Реформи французької системи соціального медичного страхування були покликані залучити всі можливі джерела для фінансування охорони здоров'я. На додаток до внеску на загальнообов'язкове соціальне медичне страхування було запроваджено адресний податок на охорону здоров'я, що сплачується з доходів від капіталу. Більш того, французький уряд активно розвиває додаткове приватне медичне страхування, яке на сьогодні покриває більше 80% населення.

Австрія деякою мірою запровадила французьку модель. На сьогодні в Австрії більше ніж 25% видатків на охорону здоров'я припадає на податкове фінансування, а близько 30% на – приватні видатки.

Реформатори у всіх названих європейських країнах зробили висновок, що традиційне фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків, що сплачуються із заробітної плати, є надзвичайно низькою базою сплати внесків як для забезпечення повного надання медичної допомоги. Натомість вирішили обрати переважно податкове фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечує ширшу базу сплати внесків.

[14] The Dutch system combines a flat rate contribution by individuals (80-95 EUR per month) and a 6,5% contribution rate by employers.