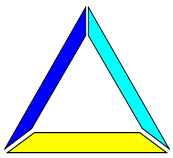
Інститут Економічних Досліджень та Політичних Консультацій в Україні
Німецька Консультативна Група при Уряді України

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



U 11

Розвиток приватного медичного страхування в Україні

Резюме

Україні бракує ефективної системи охорони здоров'я та розвиненого добровільного приватного медичного страхування. Більшу частину дискусій присвячено темі запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. Натомість реформи охорони здоров'я покликані підвищити ефективність надання медичних послуг, а розвиток ринку добровільного приватного медичного страхування супроводжуватиме ці реформи. Приватне медичне страхування повинно впроваджуватися серед найбагатших верств населення українського суспільства, оскільки у випадку успішного розвитку воно поширіться і серед середнього класу та верств із нижчими доходами. Успіх приватного медичного страхування в Україні залежатиме від наявності чіткого регулювання, прозорості та стимулів.

Зміст

1. Вступ
2. Приватне медичне страхування в порівнянні з іншими країнами
3. Приватне медичне страхування в Україні
4. Регулювання приватного медичного страхування
5. Стимули до придбання полісів приватного медичного страхування
6. Рекомендації щодо економічної політики

1 Вступ

Україні бракує ефективної системи охорони здоров'я. Крім того добровільне (надалі приватне) медичне страхування залишається нерозвиненим. Протягом багатьох років дискусії точаться навколо питання запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як частини соціальних нарахувань на заробітну плату. Такий підхід знаходить підтримку як з боку Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Хоча їх концепції відрізняються одна від одної, обидві інституції підтримують намагання запровадити загальнообов'язкове медичне страхування протягом наступних двох років.

Однак, запровадження загальнообов'язкового медичного страхування призведе до подальшого зростання вже і так високого рівня нарахувань на заробітну плату в Україні, що ще більше штовхатиме виплату заробітної плати в тінь. Загальнообов'язкове медичне страхування, внесок на яке буде нараховуватися на заробітну плату, не бере до уваги старіння українського населення та скорочення бази для нарахування відповідних внесків. Натомість ми пропонуємо розвивати ринок добровільного приватного медичного страхування.

Ідеальна та ефективна система охорони здоров'я повинна характеризуватися наявністю як конкуренції між закладами охорони здоров'я, так і конкуренції між медичними страховими компаніями.[1] В цей же час, уряд повинен забезпечити отримання певного рівня медичної допомоги всіма громадянами.

Ми пропонуємо декілька кроків реформування системи охорони здоров'я. Перш за все, потрібно відокремити політику у сфері охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Суспільний медичний фонд має бути створений і повинен відповідати за розміщення бюджетних асигнувань, призначених на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги, перевірку здійсненого лікування. Компенсаційні виплати повинні виплачуватися залежно від справді здійсненого лікування та за надані послуги. Крім того управління закладами охорони здоров'я потрібно комерціалізувати.

У цій роботі ми стверджуємо, що Україна повинна розвивати приватне медичне страхування як доповнюючий елемент до сьогоднішньої системи охорони здоров'я, що фінансується за рахунок податків. Таке доповнююче приватне страхування може відігравати значну роль в багатоканальному фінансуванні системи охорони здоров'я, яке складається з податкових видатків та приватного медичного страхування. [2]

Однак відсутність чіткого регулювання буде загрожувати розвитку та ефективності ринку приватного медичного страхування. Крім того, уряд повинен запровадити заходи, спрямовані на стійкий розвиток цього виду страхування в Україні. Для цього уряду потрібно покращити впевненість населення в довготривалій стабільності страхових компаній, запровадити заходи захисту споживачів, забезпечити конкуренцію між

---

[1] Для підвищення ефективності та покращення функціонування системи охорони здоров'я, уряд повинен запровадити такі заходи як оплата наданих медичних послуг, фінансування відповідно до структури наданих послуг. Більш того, менеджмент закладів охорони здоров'я має бути незалежним та повинен отримати фінансові стимули. Бар'єри до конкуренції між приватними та державними закладами охорони здоров'я мають бути усунуті. Для деталей дивіться консультаційну роботу U8 «Перші кроки реформи сектора охорони здоров'я: підвищити ефективність та залучити приватний сектор» (http://www.ier.kiev.ua/Ukraine/papers/u8_ur.pdf).

[2] Після значного зменшення соціальних нарахувань до 25-30% запровадження єдиної ставки для медичного страхування стане додатковим джерелом фінансування.

закладами охорони здоров`я та страховими компаніями, покращити прозорість системи охорони здоров`я.

Запровадження таких заходів є необхідною передумовою для сталості та ефективності ринку приватного медичного страхування та його поширення до більш широкої української аудиторії.

2 Приватне медичне страхування в порівнянні з іншими країнами

Приватне медичне страхування забезпечує паралельне, доповнююче або ж додаткове покриття в сполученні із державною системою охорони здоров`я. В усіх розвинутих країнах приватне медичне страхування відіграє значну роль, незважаючи на тип системи охорони здоров`я.

Хоча в багатьох державах приватне медичне страхування й охоплює значну частку населення, у всіх країнах воно є лише додатковою частиною сукупного фінансування (табл. 1). В США його частка досягає 35% сукупних витрат на охорону здоров`я. В інших країнах ОЕСР приватне медичне страхування перевищує 12% сукупних витрат на охорону здоров`я. Дані відображають доповнюючу природу приватного медичного страхування як додаткового елемента державної системи охорони здоров`я.

Таблиця 1
Порівняння приватного медичного страхування між країнами ОЕСР та Україною

	Тип основної системи охорони здоров'я	**Частка населення в приватному мед-му страхуванні (%)**	**Частка прив-го мед-го страх-ня в сукупних видатках на охорону здоров'я (%)**	**Приватне медичне страхування, % ВВП**
Франція	Бісмарк	86	12,8	1,20
США	Приватне страхування	70,3	34,8	4,59
Канада	Беверідж	70	11,2	1,03
Австралія	Беверідж	44	7,1	0,65
Німеччина	Бісмарк	10	12,5	1,34
Україна*	Семашко	1	0,25	0,01

Джерело: Docteur E., Oxley H., Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD Health Working Papers, No.9, 2003; Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in Australia: a Case Study. OECD Health Working papers No.8, 2003; the Ministry of Health Care of Ukraine.

Різні рівні покриття та популярності приватного медичного страхування в розвинених країнах пояснюються насамперед різним державним регулюванням та наявністю певних стимулів. Крім того, щоб стимули були ефективними, вони повинні відповідати рівню доходів громадян. Наявні доходи домогосподарств є серед найважливіших факторів, що впливають на індивідуальний попит на приватне медичне страхування.

3 Приватне медичне страхування в Україні

В Україні частка приватного медичного страхування у сукупних видатках на охорону здоров'я залишається незначною. Відповідно до офіційних даних Міністерства охорони здоров'я, у 2003 році приватне медичне страхування становило лише 0,25% видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я.[3]

Відповідно до даних Ліги страхових організацій України, у 2003 році виплати з приватного медичного страхування становили 1,2% сукупних витрат на охорону здоров'я В Україні.[4] Різниця в даних пояснюється тим, що Міністерство охорони здоров'я контролює лише державні заклади охорони здоров'я, які відіграють незначну роль в наданні послуг особам, що мають поліси приватного медичного страхування.

Страхові компанії пропонують поліси приватного медичного страхування з різним покриттям медичних послуг та умовами їх надання. Найбільш поширені продукти медичного страхування на ринку включають прямі платежі закладам охорони здоров'я за надані послуги, в той час як застраховані особи обирають з певного переліку медичний заклад, в якому вони б хотіли лікуватися. Однак, лише незначна частка закладів охорони здоров'я бере участь у схемах приватного медичного страхування.

Поліси приватного медичного страхування пропонують більше як 60 страхових компаній, покриваючи при цьому близько 1% українського населення.

Більша частка полісів приватного медичного страхування купляється корпоративними клієнтами для їх працівників. На 2004 рік обсяги премій, сплачених окремими особами за поліси приватного медичного страхування, становили лише близько 30% сукупних премій за приватним медичним страхуванням.

В середньому виплати за приватним медичним страхуванням закладам охорони здоров'я становлять 60% від зібраних премій. Це є досить високим показником порівняно з іншими видами страхування, рівень виплат з яких становить лише близько 25%.

В грошовому виразі страхові премії складають від 80 дол. США до 800 дол. США за рік залежно від обсягу покриття медичних послуг та переліку закладів охорони здоров'я тощо.

У 2004 році страхові премії зросли на 10-15% через підвищення цін на ліки, медичні послуги тощо. Одночасно зросла кількість застрахованих осіб. Такий підвищений попит на приватне медичне страхування відображає сталий розвиток економіки України та підвищення рівня доходів.

В цей же час, доходи домогосподарств залишаються низькими. У 2003 році близько 30% домогосподарств мали доходи нижчі за офіційну межу бідності. Поряд з цим більша частина витрат домогосподарств спрямовувалася на задоволення найосновніших людських потреб, тобто на харчування, житло та одяг, і лише 2,8% видатків було витрачено на охорону здоров'я (див. Таблицю 2).

---

[3] Міністерство охорони здоров'я не вимагає і не отримує всю інформацію щодо приватного медичного страхування в Україні.

[4] Відповідно до даних Міністерства охорони здоров'я у 2003 році приватне медичне страхування забезпечило заклади охорони здоров'я сумою на рівні 16,6 млн. грн. В цей же час, за даними Ліги виплати за приватним медичним страхуванням становили 163 млн. грн., в той час як було зібрано страхові премії на рівні 242,8 млн. грн.

Таблиця 2
Україна: Витрати середнього домогосподарства5 за місяць (2003)

	Частка сукупних витрат (%) (%)	Витрати за місяць (UAH)
Продукти харчування	58,6	431,27
Житло, вода, електроенергія, газ	10,4	76,40
Одяг і взуття	5,3	39,24
Транспорт	3,3	24,16
Охорона здоров'я[6]	**2,8**	**20,83**
- *товари*	1,5	11,11
- *послуги*	1,3	9,72
Відпочинок і культура	2,3	16,71
Меблі, предмети домашнього побуту, побутова техніка, тощо	2,0	14,91
Освіта	1,1	8,18
Інші товари та послуги	15	110,39

Джерело: Витрати і ресурси домогосподарств України у 2003 році, Держкомстат

Витрачені на охорону здоров'я кошти відповідають 250 грн. на домогосподарство або ж 95 грн. (18 дол. США) на одну особу за цілий 2003 рік. Найдешевші поліси приватного медичного страхування коштували близько 400 грн. (80 дол. США) за рік. Це означає, що приватне медичне страхування не є доступним для середнього українського домогосподарства. Відповідно стратегія розвитку ринку приватного медичного страхування в Україні повинна бути націлена на домогосподарства із значно вищим, ніж середній, доходом.

Уряд повинен сприяти розвитку паралельного приватного страхування, базованого на системі приватної охорони здоров'я для заможніших верств населення, оскільки успішний ринок приватного медичного страхування з чітким регулюванням, прозорістю та конкуренцією поміж страховиками та ефективним наданням послуг згодом обов'язково стосуватиметься середнього класу та населення з більш низькими доходами.

Оскільки рівень особистих доходів значно впливає на попит на приватне медичне страхування, довіра до страхових компаній є однією із найголовніших передумов для будь-якого успішного розвитку ринку. В ринкових економіках довіра споживачів до страхових компаній забезпечується через надання якісних продуктів та тривалої присутності на ринку, а також через ефективне регулювання та прозорість ринку.

4 Регулювання приватного медичного страхування

Надання приватного медичного страхування в Україні регулюється відповідно до Закону "Про страхування" (прийнятого у 1996 році). Закон містить лише загальні умови страхування, такі, як страхові ризики, винятки із страхових випадків, обмеження страхування тощо. Конкретні умови страхування, зокрема страхові премії, терміни та умови страхових виплат, визначаються в страхових контрактах. В Україні немає спеціального регулювання приватного медичного страхування.

---

5 Середній розмір домогосподарства складає 2,62 осіб.

6 Відповідно до даних Держкомстату щодо структури кінцевих витрат, частка охорони здоров'я складає близько 4% кінцевого споживання домогосподарств. Різниця пояснюється зміщеною вибіркою в обстеженні умов життя домогосподарств України.

Щоб забезпечити сталу та справедливу систему охорони здоров'я, потрібно регулювати приватне медичне страхування у його взаємодії із системою державного покриття. Таке регулювання визначатиме покриття послуг приватним медичним страхуванням та охоплення закладів охорони здоров'я. Однак через специфіку приватного медичного страхування та потенційного поширеного впливу необхідно ухвалити більш чітке регулювання. Як результат, Україна повинна запровадити регулювання, відповідно до якого медичне страхування буде відокремлено від усіх інших видів страхування.

По-друге, фінансове регулювання страхових компаній, які займаються медичним страхування, повинне бути спрямоване на фінансову стабільність через затвердження положень щодо платоспроможності та капітальної адекватності. Відповідне українське законодавство регулює ці питання для приватного медичного страхування як для будь-якого іншого виду ризикового страхування.

Премії за приватним медичним страхуванням мають бути предметом ухвалення, так само, як і нові продукти чи зміна наявних продуктів, оскільки споживачі рідко можуть усвідомити різницю в охопленні медичних послуг та їх ефективності. Така практика досі не використовується в Україні.

Регулювання діяльності компаній, які пропонують приватне медичне страхування, повинне забезпечувати справедливість, тобто страховики повинні обслуговувати всіх охочих відповідної категорії незважаючи на їх вік, стать та стан здоров'я.[7] Крім того, страхування повинно покривати лікування хронічних захворювань. В Україні досі немає такого регулювання.

Оскільки інформація щодо стану здоров'я окремої особи асиметрично розподілена між цією особою та страховиком, особа, що хоче застрахуватися, не має стимулів до розкриття правдивої інформації щодо свого стану здоров'я. З іншого боку, страхова компанія має стимули до відмови у страхуванні особи із поганим станом здоров'я. Через це виникає потреба у регулюванні, що допоможе побороти проблему несприятливого відбору (adverse selection) та загрози несумлінності (moral hazard).[8] Зокрема, страхові компанії, які пропонують поліси медичного страхування, повинні мати право на встановлення певних строків очікування щодо надання лікування якихось вже наявних до моменту страхування хвороб, що не були виявлені страховиком. Більш того, мають бути уточнені правила щодо сплати франшизи застрахованою особою до моменту, коли долучиться приватне медичне страхування. Це, в свою чергу, зменшить загрозу несумлінності, яка пов'язана із ризиком та перевищеним попитом на медичні послуги. В Україні поки що такі заходи ще не запроваджені.

Регулювання захисту споживачів повинне включати такі заходи, як вимога розкриття інформації та створення страхового Омбудсмана.[9] Мобільність покриття осіб, які переходять від однієї страхової компанії до іншої, повинна братися до уваги при обчисленні премії та виплат, а також забезпечувати скорочення часу очікування. Досі в Україні немає таких правил.

---

7 Див. досвід Австралії з цього питання. Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in Australia: a Case Study. OECD Health Working papers No.8, 2003.

8 Загроза несумлінності пояснюється тим, що ймовірність купівлі полісу медичного страхування є вищою для людей із поганим станом здоров'я, що створює ризик для страхових компаній. В цей же час, страховий ринок стикається із проблемою несприятливого вибору, коли страхові компанії дозволяють страхуватися лише здоровим людям, а люди із поганим здоров'ям виключені з приватного медичного страхування через пропонування їм високого рівня страхових премій та через запровадження страховими компаніями спеціальних правил.

9 Для деталей дивіться консультативну роботу Т31, "Удосконалення процедури вирішення суперечок у страховому секторі України: пропозиція щодо створення інституту страхового Омбудсмана" (http://www.ier.kiev.ua/Ukraine/papers/t31_ur.pdf)

Цей не вичерпний перелік показує, що різні інституції повинні бути долучені до процесу регулювання приватного медичного страхування.

5 Стимули до придбання полісів приватного медичного страхування

При наявності чіткого і доцільного регулювання, уряд може стимулювати розвиток ринку приватного медичного страхування через запровадження певних стимулів. В більшості розвинених країн певні податкові стимули сприяють підвищенню попиту на приватне медичне страхування. Зокрема це:

- Податкові стимули на рівні компаній, які надають дозвіл роботодавцям вираховувати премії, які вони сплачують за приватне медичне страхування своїх працівників, із оподаткованого доходу, включати їх до своїх витрат тощо.
- Податкові стимули на рівні доходу окремої особи (особам дозволяється зменшувати на відповідну суму свої оподатковані доходи або ж вони мають право на відшкодування премії за приватне медичне страхування).[10]
- Податкові штрафи із доходів фізичних осіб. Наприклад, Австралія запровадила податковий штраф на рівні 1% доходів, який накладається на осіб, чиї доходи вищі за певний рівень, але при цьому вони не мають поліса приватного медичного страхування.

Однак потрібно зауважити, що останні два заходи буде важко запровадити, зважаючи на єдину ставку податку з доходів фізичних осіб на рівні 13%.

Інший стимул, який може використовуватися в накопичувальній системі приватного медичного страхування, це так зване "покриття здоров'я протягом життя". Зокрема в Австралії та Німеччині особи мають стимул до придбання полісу приватного медичного страхування в більш ранньому віці та користуватися низьким і стабільним рівнем премій протягом усього їхнього життя. Іншими словами, ті, хто долучився до цього виду страхування раніше, користуються нижчими преміями.

В Україні більшість стимулів до придбання приватного медичного страхування викликані недостатністю державної системи охорони здоров'я. Це стосується, насамперед, бажання людей подолати обмеження принципу прописки при наданні безоплатної медичної допомоги, уникнення довгих черг в державних закладах охорони здоров'я або ж незадовільної якості надання медичної допомоги. Придбання полісів приватного медичного страхування роботодавцями для своїх працівників є дещо пригнічене тим, що страхові премії повинні сплачуватися з чистого прибутку і не можуть вираховуватися із оподаткованого доходу.

6 Рекомендації щодо економічної політики

Для розвитку приватного медичного страхування потрібно запровадити ряд заходів:

- Міністерство охорони здоров'я повинно визначити основний перелік медичного лікування та медичних послуг, безоплатне надання яких має бути гарантоване державою для кожної особи.
- Верховна Рада повинна прийняти закон, який визначає приватне медичне страхування в Україні. Цей вид страхування має бути доповнюючим до державної системи охорони здоров'я, відшкодовуючи пацієнтам витрати, пов'язані із медичними послугами та товарами, які не фінансуються державою.

[10] For example, in Australia individuals are allowed for 30% rebate on PHI premiums.

- Міністерство охорони здоров`я повинно визначити приватне медичне страхування в його взаємодії із державним покриттям відповідно до основного переліку медичних послуг.
- Міністерство охорони здоров`я та комітет Верховної Ради з питань охорони здоров`я повинні разом розробити доцільне регулювання, яке забезпечує справедливість.
- Менеджмент закладів охорони здоров`я повинен бути комерціалізованим.
- Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг (Державна комісія) повинна і надалі відігравати роль фінансового регулятора. Страхові компанії з медичного страхування повинні бути відокремлені від інших компаній, оскільки суб'єкт медичного страхування відрізняється від суб'єкту інших видів ризикового страхування.
- Державна комісія повинна стимулювати створення пулу рефінансування, таким чином зрівнюючи витрати літніх людей, людей із хронічними захворюваннями тощо. Це об'єднає найбільш ризиковані групи осіб із страхових компаній з різною структурою ризику. Така політика також забезпечує справедливу та рівну конкуренції між страховиками із різною структурою ризику.
- Для захисту споживачів та покращення довіри до страхування Ліга страхових організацій повинна створити страховий Омбудсман. Він має вирішувати скарги споживачів щодо приватного медичного страхування та виступати як суддя при вирішенні суперечок.
- Уряд повинен дозволяти розвиватися паралельному приватному медичному страхуванню для заможніших верств населення, і згодом воно стосуватиметься ширшої групи.

Лише після запровадження правильного регулювання уряд повинен сприяти розвитку приватного медичного страхування шляхом впровадження стимулів. Сьогоднішнє регулювання, відповідно до якого корпоративні поліси приватного медичного страхування мають сплачуватися з чистого прибутку підприємств, повинне бути відмінене. Натомість компанії повинні мати право включати певну частку премій на приватне медичне страхування своїх працівників до своїх витрат.

Київ/Берлін, жовтень 2005 року

Ларс Хандріх та Олександра Бетлій

Рецензент: Рікардо Джуччі