

**Іванчук Олександр Михайлович,**  
аспірант кафедри соціальної та гуманітарної політики,  
Національної академії державного управління при Президентові України,  
м. Київ  
ORCID 0000-0002-8504-6889

УДК 351.368.9.06

doi: 10.34213/ap.19.02.22

## **ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ**

Досліджено добровільне медичне страхування як джерело фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Розглянуто типи добровільного медичного страхування в країнах європейського регіону. Здійснено аналіз проблем добровільного медичного страхування як складової фінансування охорони здоров'я в умовах ринку (негативний відбір, створення монополії, відбір ризиків, моральний ризик). Визначено його переваги (мобілізація додаткових коштів у сферу охорони здоров'я, збільшення вибору для споживачів медичних послуг, сприяння інноваціям) і ризики (забезпечення справедливого фінансування, доступу до послуг та ефективності в розподілі ресурсів). Визначено фактори, що впливають на розвиток ринку добровільного медичного страхування.

**Ключові слова:** добровільне медичне страхування, охорона здоров'я, медичне страхування, державне регулювання, фінансування охорони здоров'я.

**Постановка проблеми.** В сучасних українських реаліях, коли активно розширюється перелік платних послуг у соціальній сфері, в тому числі й медичних, у суспільстві відбувається перегляд принципів повної безкоштовності при наданні цих послуг. Ураховуючи сучасний стан фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я, запровадження обов'язкового медичного страхування є неминучим. З 2018 р. в Україні розпочато трансформацію системи охорони здоров'я. Медична реформа передбачає стимулювання розвитку добровільного медичного страхування [1]. Удосконалення механізмів державного управління розвитком добровільного медичного страхування є одним із важливих завдань, що потребують вирішення.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій** свідчить, що погіршення фінансово-економічного стану в країні спричиняє недостатність можливостей держави забезпечити потреби населення в охороні здоров'я за рахунок бюджетних коштів, і питання розвитку медичного страхування є нагальною потребою [2]. Вітчизняні дослідники констатують, що механізм медичного страхування в Україні перебуває лише на стадії формування [2; 3]. Україна залишається країною з малорозвиненим ринком медичного страхування [4]. Тому актуальним є вивчення зарубіжного досвіду в цій сфері з метою імплементації кращих практик в Україні.

**Метою статті** є виявлення сучасних тенденцій розвитку добровільного медичного страхування в розвинених країнах та встановлення переваг і недоліків приватного медичного страхування як засобу фінансового забезпечення охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу.** Медичне страхування є формою соціального захисту населення щодо охорони здоров'я і пов'язане з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Воно поділяється за формами на обов'язкове та добровільне медичне страхування (ДМС).

На теренах Європейського Союзу (далі – ЄС) проблематика ДМС знаходиться у фокусі уваги науковців після оприлюднення звітів Європейської комісії стосовно суперечливої системи вирівнювання ризиків для приватних

© Іванчук О. М., 2019

страхових компаній в Ірландії, взаємодії між системами обов'язкового і добровільного медичного страхування в Німеччині та Нідерландах [8]. Вивчення ролі ринків страхування у забезпеченні доступності медичної допомоги, їх вплив на мобільність людей і послуг, аналіз тенденцій – це все визначає завдання на майбутнє для осіб, які формують політику в сфері охорони здоров'я на національному та міжнародному рівнях.

Ринок ДМС у країнах ЄС є неоднорідним, що пояснюється різними шляхами історичного розвитку держав, відмінностями в принципах організації системи охорони здоров'я. Ці фактори визначають види ДМС, обсяг акумульованих коштів у ДМС, ступінь охоплення населення, типи страхувальників, механізми встановлення страхових внесків, вибір критеріїв, податкові пільги, адміністративні витрати, доступність страхування, наслідки створення рівних умов і вплив страхування на свободу пересування споживачів медичних послуг [8, с. 15].

Практичні переваги ДМС як засобу фінансового забезпечення охорони здоров'я полягають в такому [6, с. 110]:

- ДМС задовольняє потребу заможних людей у самофінансуванні й тим самим дає можливість державі спрямувати свої (обмежені) кошти на надання медичної допомоги бідним і тим, хто “непривабливий для страхування” з точки зору приватного медичного страхування;
- ДМС мобілізує додаткові кошти для інфраструктури;
- ДМС сприяє новаціям і підвищенню ефективності фінансування (зважаючи на гнучкість та націленість на отримання прибутку), і може виступати “каталізатором” реформування в державному секторі;
- ДМС збільшує споживчий вибір.

Однак такі потенційні переваги ДМС реалізуються не завжди. Функціонування приватного медичного страхування залежить від його організаційної структури і від регулювання.

З погляду конкуренції на ринку приватного медичного страхування важливо, щоб люди могли порівнювати різні пакети пільг та допомоги. В охороні здоров'я дія ринкових механізмів обмежена, тому для подолання притаманних цьому сектору ринкових труднощів (табл. 1) потрібне державне регулювання [6].

Нерегульований ринок медичного страхування є неефективним з таких причин [6, с. 110]:

- окремі люди можуть мати певну інформацію про стан власного здоров'я, яку бажають приховати від страховика (негативний відбір);
- можливість погіршення здоров'я велика для осіб з обтяженою спадковістю або хронічними захворюваннями і для літніх людей, що робить ці категорії людей такими, кого не страхують (непривабливими для страхування);
- страховик не володіє інформацією про поточний і майбутній стан здоров'я індивіда, що ускладнює оцінку очікуваних вимог і калькуляцію премії з урахуванням ступеня ризику;
- застраховані індивіди можуть штучно провокувати необхідність медичної допомоги (моральний ризик). Цей вид часто виключається з приватного медичного страхування при укладанні договору;
- вірогідність захворіти часто залежить від захворюваності інших людей (інфекційні хвороби).

У випадку відсутності державного регулювання стандартного мінімального пакету ДМС, істотно знижується можливий позитивний ефект конкуренції, заснованої на виборі споживача [6].

## Проблеми ДМС в умовах ринку [6, с.110]

Проблема	Наслідки проблеми	Заходи корекції	Практичний результат
Негативний відбір	Недостатній пулінг ризиків, відсутність страхового ринку, незначне охоплення населення страхуванням	Пропаганда страхування серед населення	Неефективний захід
		Субсидії в формі податкових пільг	Неефективний захід
		Загальнообов'язкове страхування	Ефективний захід
		Довічне страхування	Ефективний захід
Відбір ризиків	Відсутність страхування для непрацездатних, хворих, бідних і літніх	Відкритий прийом претендентів	Помірно ефективний захід
		Розрахунок суспільних ризиків	Помірно ефективний захід
		Премії, скориговані з урахуванням ризиків для окремих індивідів	Технічно неможливий захід
Створення монополії чи страхового картелю	Надмірний прибуток, низька якість страхових продуктів, недовиробництво	Антимонопольне законодавство	Ефективний захід
Моральний ризик	Надмірне споживання послуг хворими	Франшиза або співстрахування	Помірно ефективний захід
		Нааявність посередників на шляху до лікарів-спеціалістів	Незадоволення хворих
		Запис в чергу	Незадоволення хворих

Дослідження приватного медичного страхування зосереджені, насамперед, на вирішенні завдань справедливого фінансування, забезпечення доступу до медичних послуг та ефективності в розподілі ресурсів. Досвід США свідчить, що приватне медичне страхування створює систему доступу, засновану на платоспроможності, з дискримінаційним характером щодо бідних, хворих і осіб похилого віку. Це зумовлює нерівність з точки зору доступу до медичних послуг, і, як наслідок, може поглибити прірву, що якісно розділяє рівні лікування для багатих і незаможних. Принцип справедливого доступу до медичних послуг може порушуватися також в результаті надмірної калькуляції ризиків, що допускає відбір бажаних ризиків з боку страхувальників [10].

У більшості країн приватні страхувальники конкурують з державною системою або доповнюють загальнообов'язкове медичне страхування. Якщо держава при розподілі коштів керується міркуваннями економічної вигоди, то приватному сектору залишається страхувати дорогі або збиткові послуги. Але ДМС може покривати економічно вигідні послуги, якщо вони не входять в державну схему через невирішені управлінські проблем (наприклад, протезування колінного і стегнового суглобів в системі британської Національної служби охорони здоров'я) [6, с. 116]. Приватне медичне страхування може покривати витрати на прискорений доступ до послуг або витрати на додаткові зручності (наприклад, на приватні лікарняні палати), не передбачені в державному пакеті пільг і допомог.

У країнах-членах ЄС розрізняють три типи добровільного медичного страхування [8, с. 52]:

- 1) замісне страхування, що заміщує державне страхування;
- 2) додаткове страхування, яке покриває додаткові послуги, не охоплені державною системою страхування (розширене ДМС);
- 3) страхування, що покриває більший обсяг видів допомоги або прискорений доступ до медичних послуг (паралельне ДМС). Причому останні два типи можуть перекриватися.

Участь у державній схемі страхування є обов'язковою для громадян більшості країн ЄС. Замісне добровільне страхування охоплює певні категорії населення, які можуть вийти з державної системи медичного страхування. Наприклад, у Німеччині ДМС охоплює тільки найманих працівників з високими доходами і чиновників, яким забороняється повертатися у державну систему страхування після виходу з неї. Можливість придбати замісне ДМС визначається рівнем доходів (Німеччина, Нідерланди), статусом зайнятості (особи, які працюють не за наймом, в Австрії, Бельгії, Німеччині) або видом фахової діяльності (представники певних професій в Австрії) країнах. Замісне ДМС найбільше представлене в Бельгії (до 10 % населення), Німеччині (до 20 %) і Нідерландах (29 %) [8, с. 53].

Розширене (додаткове) добровільне медичне страхування повністю або частково покриває медичні послуги, які виключені з державної схеми або частково нею покриваються. Цей тип ДМС є доступним для усіх громадян ЄС. Рівні компенсації відрізняються залежно від країни. Так, додаткове добровільне страхування покриває співоплату в Бельгії, Данії (на ліки), Франції (амбулаторне лікування), Люксембург (стаціонарне лікування). В країнах ЄС, за винятком Франції, ринок ДМС не відіграє суттєвої ролі внаслідок низької рентабельності [6, с. 131].

Третій тип ДМС розширює споживчий вибір і традиційно гарантує вищий рівень сервісу, менші черги очікування. Цей тип страхування називають "подвійним покриттям", оскільки він поширений у країнах з державними (національними) системами охорони здоров'я (Великобританія, Греція, Іспанія, Італія, Португалія) [6, с. 131].

Частка ДМС в приватних витратах на охорону здоров'я значно вища у країнах, де присутнє замісне добровільне медичне страхування (29,9 % в Німеччині, 70 % в Нідерландах), а також у Франції (51,7 %), де передбачене суттєве покриття співплатежів [6, с. 132]. Рівень охоплення населення через ДМС, особливо в ролі замісного страхування, як правило, нижче 10 % у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, за винятком кількох країн [9].

На розвиток ринку ДМС впливає ряд факторів [6, с. 136]:

- позитивний попит (деякі люди не схильні до ризику);
- пропозиція послуг, за які готові сплачувати;
- технічна можливість надавати страхові послуги;
- частка державного фінансування охорони здоров'я;
- рівень задоволення різних груп населення існуючою системою.

Зі створенням єдиного страхового ринку ЄС немає перешкод для виходу нових страхувальників – агентів ДМС [5]. У багатьох країнах ЄС практикують зменшення податку на премії добровільного медичного страхування [6].

Аналіз функціонування загальноєвропейського ринку ДМС дає підстави виокремити наступні проблеми [8, с. 139]:

- відмінності у страхових схемах і доступності ДМС, зумовлені організаційним механізмом в системах охорони здоров'я, що забезпечують гарантоване медичне обслуговування населення;
- висока вартість матеріальних вкладень;
- відсутність гармонізації у деяких сферах (зокрема, оподаткування);
- бюрократичні процедури.

Зарубіжний досвід свідчить, що залежно від конкретної ролі ДМС в системі фінансування охорони здоров'я, цей вид медичного страхування може

створювати як можливості, так і ризики на шляху до загального охоплення населення медичними послугами [7]. Наприклад, ДМС може негативно впливати на ефективність системи охорони здоров'я, зокрема на справедливість використання послуг, а в контексті дефіциту медичних працівників високі виплати ДМС постачальникам приватного сектору можуть спричинити відтік медичного персоналу з державного сектора. Іншим ризиком є відсутність повної релевантної інформації про програми ДМС, що дозволяє їх порівнювати, зокрема в розширеному і паралельному ДМС [8, с. 146]. Інформаційну асиметрію, що виникає внаслідок розширення ринку, варіабельності і складності програм ДМС, можна усунути шляхом виконання стандартних вимог до страхувальника: наявність стандартного пакета страхових послуг; доступність для споживачів інформації про всі варіанти страхових пакетів; доступність централізованих джерел інформації про ціни, якості та умов полісів ДМС. Однак при існуючих регулятивних рамках страхування у страхових компаній немає стимулів робити прозорою і доступною для споживача інформацію про власні страхові продукти, особливо на ринках розширеного і паралельного ДМС [8, с. 146].

Таким чином, ДМС не слід ні ігнорувати, ні сліпо "просувати", а натомість потрібне належне регулювання з боку держави.

**Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі.** Приватне медичне страхування без належного регулювання з боку держави не спроможне сприяти вирішенню суспільних завдань щодо збереження і зміцнення здоров'я населення. Навіть в умовах жорсткого регулювання ДМС не є ефективним і справедливим способом фінансового забезпечення охорони здоров'я.

#### Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%25D1%2580> (дата звернення: 10.09.2019).
2. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки Університету "КРОК". Серія "Економіка"*. 2018. № 49. С. 80–92.
3. Чорномаз О. Б. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Юридичні науки*. 2015. № 824. С. 131–134. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnulpurn\\_2015\\_824\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnulpurn_2015_824_21) (дата звернення: 10.09.2019).
4. Юхименко В. М. Ринок страхових послуг: світові тенденції та перспективи розвитку в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 3. С. 44–48.
5. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:31992L0049> (дата звернення: 10.09.2019).
6. Funding health care: options for Europe. (2002). Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin. Published by Open University Press. *European Observatory on Health Care Systems series*. 2002. 309 p.
7. Mathauer I., Kutzin J. (2018). Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?ua=1> (дата звернення: 10.09.2019).
8. Mossialos E., Thomson S. (2004). Voluntary health insurance in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2004. 206 p.
9. Pettigrew L., Mathauer I. (2016) Voluntary Health Insurance expenditure in low- and middle-income countries: exploring trends during 1995-2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*. № 67. URL: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0353-5> (дата звернення: 10.09.2019).
10. State Health Insurance Market Reform: Toward inclusive and sustainable health insurance markets. (2004). Edited by Monheit A., Cantor J. Routledge.

## References

1. Pro skhvalennia Kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorov'ia: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 30.11.2016 r. № 1013-r. (2016). URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%25D1%2580> [in Ukrainian].
2. Sova, O.Yu. (2018). Suchasnyi stan ta perspektyvy rozvytku medychnoho strakhuvannia v Ukraini. *Vcheni zapysky Universytetu "KROK". Ekonomika, vol. 49, 80–92* [in Ukrainian].
3. Chornomaz, O.B. (2015). Problemy perspektyvy rozvytku medychnoho strakhuvannia v Ukraini. *Visnyk Natsipnalnoho universytetu "L'vivs'ka politekhnikha". Yurydychni nauky, 824, 131–134*. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnulpurn\\_2015\\_824\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnulpurn_2015_824_21) [in Ukrainian].
4. Yukhymenko, V.M. (2016). Rynok strakhovykh posluh: svitovi tendentsii ta perspektyvy rozvytku v Ukraini. *Investytsii: praktyka ta dosvid, 3, 44–48* [in Ukrainian].
5. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:31992L0049>.
6. Funding health care: options for Europe. (2002). Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin. *European Observatory on Health Care Systems series*.
7. Mathauer, I., Kutzin, J. (2018). Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC. *World Health Organization*. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?ua=1>.
8. Mossialos, E., Thomson, S. (2004). Voluntary health insurance in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
9. Pettigrew, L., Mathauer, I. (2016). Voluntary Health Insurance expenditure in low and middle-income countries: exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health, № 67*. URL: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0353-5>
10. State Health Insurance Market Reform: Toward inclusive and sustainable health insurance markets. (2004). Edited by Monheit A., Cantor J. Routledge.

*Ivanchuk O. M., Postgraduate Student Postgraduate Student of Social and Humanitarian Policy Department, NAPA, Kyiv  
ORCID 0000-0002-8504-6889*

## VOLUNTARY HEALTH INSURANCE: FOREIGN EXPERIENCE FOR UKRAINE

In this research voluntary health insurance as a source of funding health care in different countries was investigated.

Analysis of failures of voluntary health insurance market as a part of funding health care (adverse selection, risk selection, monopoly, moral hazard) was conducted. Advantages (mobilizing additional resources for health care, increased choice of health services for consumers, encouraging innovations) and potential risks (ensuring equitable financing and access to health care and efficiency of resource allocation) were determined.

Types of voluntary health insurance in EU countries reviewed: 1) substitutive insurance covers that would otherwise be available from statutory health insurance scheme; 2) complementary insurance, cover for services excluded or not fully covered by the state; 3) supplementary insurance which offers increased consumer choice (more exhaustive insurance plans) and faster access to health services.

It was concluded that the development of the voluntary health insurance market is influenced by several factors: positive demand (some people prefer not to risk); offer of services, for which people are ready to pay; technical capability to provide insurance services; levels of public expenditure on health care; the level of satisfaction regarding existing system among different population groups.

Foreign experience indicates that depending on the specific role of voluntary health insurance in the founding health system, it could pose opportunities and risks for equitable progress towards universal health coverage.

So, the private health insurance is incapable of encouraging solving social problems regarding health preservation and promotion of population without a proper regulation by state. Even in conditions of strict regulations, VHI is not an effective nor equitable method to fund health care.

**Key words:** voluntary health insurance, health care; health insurance, regulation, funding health care.

*Надійшла до редколегії 12.10.2019 р.*