

УДК 364.32(477)

Шарій Владислав, Лебедева Ольга, Орел Євгеній

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У статті проаналізовано можливі наслідки введення в дію Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», проект якого запропоновано в 2004 р. Розглянуто явища «упередженого відбору» та «ризик аморального вчинку», їх наслідки у разі введення в Україні загальнообов'язкового медичного страхування. Запропоновано шляхи подолання негативних чинників «ризик аморального вчинку» в Україні.

Вступ

З економічної точки зору систему охорони здоров'я можна визначити як «частину загальної економічної системи з усіма елементами, характерними для виробництва, споживання та розподілу» [4, с 194]. Однак у різних країнах «виробництво, споживання та розподіл» можуть бути організовані по-різному. Наприклад, частина або все населення в деяких країнах можуть мати доступ до медичних послуг, використовуючи добровільне приватне страхування на медичні послуги (в США або Швейцарії), в інших – діє соціальне медичне страхування, що певним чином регулюється на державному рівні (Франція, Німеччина, Японія, Нідерланди). Крім наведених систем охорони здоров'я, є й такі, що фінансуються переважно за рахунок загальних податків. Такі системи функціонують у Канаді, Італії, Новій Зеландії, Іспанії, Швеції, так само як і в Україні.

Наразі практично єдиним джерелом коштів для системи охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування. Таку організацію охорони здоров'я визнано неефективною, адже фінансування базується саме на можливостях держбюджету, а не на реальних витратах галузі [2, с 216].

На подолання цієї проблеми спрямовано низку законопроектів, зокрема проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який визначає впровадження страхової медицини як шлях мобілізації фінансових ресурсів у цю сферу [3]. Такий напрям політики виправданий, адже він зумовлений необхідністю «впустити» ринковий елемент в охорону здоров'я, а відтак зробити поведінку як поставальників, так і споживачів медичних послуг раціональнішою та ефективнішою. Як і будь-який вид страхування, планована система обов'язко-

вого медичного страхування в Україні повинна будуватись на принципі солідарності та рівності, до того ж акумулювання та витрачання коштів має здійснюватися в межах окремого фонду – Фонду медичного страхування.

В очікуванні реформи важливо проаналізувати соціальні та економічні наслідки запровадження положень згаданого законопроекту.

Аналізу державного управління та реформування в українській системі охорони здоров'я присвячено праці Т. Педченка, Л. Жаліло, І. Солоненка, Я. Радиша. Однак майже зовсім не приділено уваги нормам згаданого законопроекту, а також розгляду не тільки позитивних, а й негативних наслідків запровадження страхової медицини.

Метою цього дослідження є аналіз можливих наслідків запровадження ключових положень проекту закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» та особливостей впровадження медичного страхування.

Медичне страхування: монополізація чи демонополізація

У проекті Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» можна виокремити місця, що потребують особливо уважного розгляду.

До них, зокрема, слід віднести **наявність лише одного страховика медичних послуг**. Згідно зі ст. 1 проекту, «страховик – це Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України (далі – Фонд медичного страхування України)» [3], де акумулюються всі страхові внески від відповідних страхувальників і згодом розподіляються між надавачами медичних послуг. Проте проектом

передбачається компенсування витрат лише тим надавачам, які уклали угоду про надання медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням з Фондом. Необхідність уникнення корупції у Фонді щодо укладання угод зумовлює потребу в особливо ретельній розробці вимог до постачальників - укладачів такої угоди.

Незважаючи на статус державної самоврядної неприбуткової організації (ст. 15 проекту Закону), фонд є своєрідним монополістом. Водночас однією з цілей впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування є саме підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я (ст. 2 проекту Закону). Замість Наглядової Ради, що контролює діяльність Фонду, доцільно було б створити таку систему, яка передбачала б функціонування кількох страховиків. Страховики зобов'язані були б шукати вигідні контракти з надавачами медичних послуг, адже страхувальники, безперечно, нададуть перевагу тому страховику, який, охоплюючи базовий набір послуг, встановлюватиме найнижчі страхові внески.

Зарубіжний досвід дає змогу вивчити функціонування деяких систем медичного страхування, заснованих на засадах конкуренції серед страхових фондів. На нашу думку, найефективнішою демонополізацією системи медичного страхування є нова політика нідерландського уряду в сфері фінансування охорони здоров'я. У січні 2006 р. набула чинності нова система, що дістала назву «керованої конкуренції». Вона спирається на такі ключові положення:

- усі резиденти Нідерландів зобов'язані застрахуватися. Для цього кожний резидент повинен укласти угоду зі страховою компанією, що надає послуги з медичного страхування і забезпечує базовий пакет медичного обслуговування;

- система медичного страхування складається з приватних страхових компаній, які можуть отримувати прибуток та виплачувати дивіденди акціонерам компанії;

- особи, які страхуються, можуть обирати компанію для надання послуг з медичного страхування за такими критеріями: рівень номінального страхового внеску, загальний стан компанії, рівень франшизи (всі витрати, що не перевищують цієї суми, мають покриватися застрахованою особою зі своїх коштів в обмін на нижчий рівень страхового внеску). Медичні страхові компанії зобов'язані страхувати кожного резидента на території їхньої діяльності;

- система врівноваження ризиків уможли-

лює обов'язкове страхування кожного резидента та запобігає селекції ризику (адже страхування здорового населення є привабливішим для компанії);

- застрахований сплачує номінальний страховий внесок страховику. Розмір цього внеску може бути різним у різних страхових компаніях, проте кожний страховик встановлює однаковий розмір внеску для кожного пакету послуг. Кожен, хто обирає певний однаковий пакет послуг, сплачуватиме однакові страхові внески;

- акт медичного страхування також передбачає внески, пропорційні доходу застрахованого, що надходять до Фонду медичного страхування;

- фінансові надходження страхової компанії складаються з номінальних страхових внесків, що сплачуються застрахованими особами, та врівноважувальними виплатами з Фонду медичного страхування, розмір яких залежить від характеристик застрахованого підприємства населення [6, с 1-4].

Отже, нідерландська модель передбачає конкурентний ринок серед медичних страхових компаній, проте не відкидає і певного «керування» системою, що полягає у врівноваженні ризиків і запобіганні селекції ризику. Не можна однозначно стверджувати, що ця модель виправдає себе в Україні, але демонополізація єдиного медичного страховика в Україні у вигляді Фонду медичного страхування є нагальним питанням, що потребує подальшої розробки та вирішення.

Обов'язковість чи добровільність медичного страхування

Слід зазначити, що серед інших принципів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні, як-то: законності, гарантованості медичної допомоги, доступності та рівності громадян в одержанні медичної допомоги належного обсягу та якості, солідарності та субсидування тощо (ст. 4 проекту Закону), - важливим є також **принцип обов'язковості медичного страхування**.

Припустімо, що цей принцип не підлягав би запровадженню. Які проблеми виникли би у сфері медичного страхування в Україні у такому разі?

Річ у тім, що на медичному страховому ринку немає досконало інформованого споживача, так само як і досконало інформованого страховика, як це передбачено класичною мікроекономічною теорією. Тому виникає «інформаційна асиметрія» (asymmetry of information), тобто одна сто-

рона інформована більше за іншу (не плутати з недосконалою поінформованістю, коли обидві сторони не володіють повністю інформацією). Для страховика найважливішою інформацією є стан здоров'я особи, що страхується, проте краще за саму цю особу ніхто не може знати про її стан. Відтак виникає специфічне явище, яке в економіці охорони здоров'я дістало назву «упередженого відбору» (adverse selection). Це коли страхування вигідніше для певної категорії осіб, схильних використовувати страхові послуги частіше, ніж звичайно, знаючи про стан свого здоров'я та передбачаючи попит на майбутні медичні послуги. Отже, страхові внески для пацієнтів з більшим ризиком знецінюються, що призводить до перевикористання ними послуг страхової компанії. Водночас для пацієнтів з ризиком, нижчим за середній, має місце зворотне явище: вони відчують, що переплачують за медичну страховку.

Розглянемо явище «упередженого відбору» на конкретному прикладі. На рисі на горизонтальній осі позначено розмір запланованих витрат на медичні послуги η різних осіб. Припустімо, що всі вони мають однакові демографічні характеристики, а їхні заплановані витрати лежать у проміжку від 0 до певного рівня витрат M грн. На вертикальній осі позначено ймовірність з рівномірним розподілом (отже, ймовірність виникнення кожного рівня витрат дорівнює $1/n$) [4, с. 190].



Рис. 1. Рівномірний розподіл очікуваних витрат на медичні послуги

Страхова компанія має вийти бодай на рівень безбитковості, тобто внесок від кожної застрахованої особи має покривати середні витрати на медичні послуги всього застрахованого населення та інші витрати (маркетингові заходи тощо).

Ймовірно, що виникне інформаційна асиметрія, адже особи, що розглядають можливість потенційного страхування, знають більше про свої очікувані витрати на медичні послуги в даному періоді, ніж страхова компанія. Уявімо, що потенційно застрахована особа точно знає суму

майбутніх витрат, а страховій компанії відомий лише розподіл витрат усіх застрахованих осіб (як зображено на рис. 1).

Спробуємо визначити рівень страхових внесків, задовільних і для страховика, і для страхувальника, за допомогою методу аукціону. Аукціоніст оголошує розмір внеску, що дорівнює 0 грн. Усі потенційні страхувальники, безперечно, погоджуються. Так само незаперечним є і те, що страхова компанія, очікуючи, що середні витрати становитимуть $0,5M$, може погодитися лише на внесок принаймні розміром $0,5M$.

Припустімо тепер, що аукціоніст спробує дещо підняти ціну, наприклад, до $0,5N\%$, сподіваючись, що ринок врешті-решт врівноважиться. У цьому разі всі потенційні страхувальники, які очікують, що рівень витрат буде менший за $0,5M$, нададуть перевагу самострахуванню, тобто полишать страховий ринок, тому що розмір страхового внеску буде вищим за відомі витрати на медичні послуги. Коли здоровіші люди вийдуть з ринку, середній очікуваний рівень витрат тих осіб, що залишилися (коливається від $0,5M$ до $1M$), зростає до $3/4M$. Отже, люди з вищими ризиками начебто витісняють людей з нижчими ризиками, і ринок може взагалі не сформуватися як такий (попит і пропозиція не врівноважаться).

Слід зауважити, що важливу роль у цій схемі відіграє саме асиметрія інформації. Якби пацієнти також не знали про очікувані витрати, то вони були б в однаковому становищі зі страховою компанією. Вірогідно, ринок би врівноважився у точці $0,5M$.

Отже, яким чином можна уникнути «упередженого відбору»? В реальному житті небагато людей заздалегідь знають обсяг власних медичних витрат, адже саме ризик і є головною причиною для страхування. Проте якщо менші ризики згрупувати з більшими, а всі застраховані сплачуватимуть однакові внески, то люди з меншими ризиками будуть недостраховуватися. І, навпаки, ситуація сприятиме людям з більшими ризиками, тому вони зможуть застрахуватися навіть від непередбачуваних випадків. Це є неефективним з точки зору економіки.

Відомо принаймні два способи вирішення цієї проблеми. Перший полягає у встановленні різних цін для груп із різними ризиками, але в такому разі порушується принцип солідарності, який лежить в основі системи охорони здоров'я більшості країн Європи (в тому числі й України). Інший спосіб передбачає загальнообов'язковість медичного страхування, який зафіксовано в проекті Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування».

Проблема надуживання послугами і відповідальності споживача

У зв'язку із намірами запровадити в Україні загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування доцільно буде також розглянути таке явище, як «ризик аморального вчинку» (moral hazard), що неминуче виникає в разі оплати медичних послуг у вигляді страхових премій. На перший погляд, величина витрат застрахованої особи є фіксованою, тобто незалежною від факту застрахованості/незастрахованості. Однак у більшості випадків купівля страховки зменшує ціну за одиницю послуги в той момент, коли ця послуга купується. Якщо люди споживають більше медичних послуг через те, що вони застраховані, тоді поведінка споживача та пропозиція страхових послуг набувають особливостей, вартих окремого розгляду.

«Ризик аморального вчинку» можна визначити як тенденцію застрахованих пацієнтів змінювати свою поведінку таким чином, аби збільшити витрати страховика. Це означає, по-перше, нехтування елементарними заходами щодо запобігання хворобливому стану або просто недбальство, по-друге, збільшене споживання медичних послуг, або і те й інше водночас.

Для наочності розглянемо попит особи на дерматологічні послуги (догляд за шкірою, такий як вугревий висип або псоріаз). Обсяг попиту особи на таку косметичну хірургію (selective surgery) може значно залежати від ціни [4, с. 153]. Це показано на рис. 2.

Якщо особа купує страховку, що покриває повністю її втрати, тоді лікування (не враховуючи часові витрати) стає фактично безкоштовним. Через те, що гранична ціна для особи дорівнює нулю, вона споживатиме Q_2 одиниць медичних послуг. Однак сумарна вартість лікування становитиме P_1Q_2 (зображена як прямокутник

OP_1CQ_2), яка буде більшою за прямокутник OP_1BQ_1 (вартість медичних послуг, яку мала би сплатити особа в разі хвороби)¹. Слід, однак, зауважити, що кількість спожитих послуг не буде нескінченною. Навіть безкоштовні послуги потребують часових витрат, що мають певну ціну.

Така раціональна відповідь на економічні стимули (безоплатність медичних послуг), зумовлена ціновою еластичністю попиту на медичні послуги і визначається в західній літературі терміном «ризик аморального вчинку» (збільшене споживання медичних послуг, коли зменшення ризику призводить до зменшення граничних витрат на ці послуги).

Отже, з наведеного вище можна досить легко визначити вартість «ризик аморального вчинку» – шляхом віднімання від сумарних витрат на обслуговування страховки очікуваних витрат, якщо страховку не було б придбано. Таким чином, страхова премія має два компоненти: перший – це премія за захист від ризику, в разі відсутності «ризик аморального вчинку», другий – додаткова вартість ресурсів через його існування. Останній компонент може бути суттєвим.

Розглянемо випадок, коли попит на послугу є нееластичним або майже нееластичним, нечутливим до зміни ціни. Це може бути, наприклад, лікування діабету. Уявімо, що ймовірність того, що особа буде здоровою, а відтак не потребуватиме медичних послуг, протягом певного проміжку часу дорівнює $1 - p = 0,5$. Ймовірність того, що вона захворіє, а відтак потребуватиме медичної допомоги, становить p , і також дорівнює $0,5$. Особа боїться, що може захворіти на діабет, – тоді вона без інсуліну помре. На рис. 3 зображено, що такий попит на інсулін буде абсолютно нееластичним, тобто нечутливим до його ціни [4, с. 153]. Особа намагатиметься заплатити за страховку, щоб покрити витрати P_1Q_1 ,

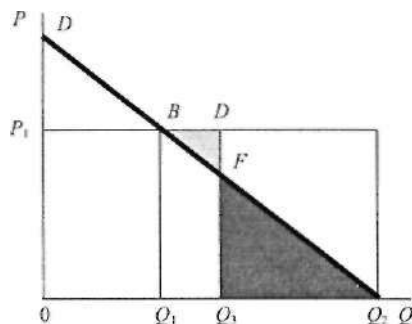


Рис. 2. Еластичний попит на медичні послуги

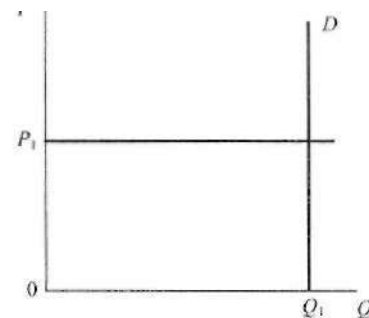


Рис. 3. Абсолютно нееластичний попит на медичні послуги

¹ Припускається, що особа сплачуватиме таку премію, яка дасть їй змогу покрити повністю вартість лікування на випадок хвороби PQ_1 .

у разі необхідності медичної допомоги. Актуарно справедливою страховою політикою передбачено стягнення з особи $0,5P_1Q_1$, і така особа придбає страховку, оскільки вона забезпечить на випадок діабету.

Такий аналіз допомагає передбачити можливі типи страховки. Очевидно, що оптимальний рівень страхової премії буде зменшуватись відносно страхової суми у міру того, як зменшуватиметься ступінь «ризик аморального вчинку». Якщо припустити, що еластичність попиту за ціною є індикатором високої ймовірності такого явища, як ризик аморального вчинку, тоді доцільно дотримуватись політики, спрямованої на: 1) глибше (повніше) покриття медичних послуг, на які попит є менш еластичним; 2) розвиток страхування передусім тих медичних послуг, на які попит є найменш еластичним і тільки потім послуг з більш еластичним попитом.

Частиною 2 статті 2 законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» передбачено «підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я»; а також «посилення зацікавленості та відповідальності застрахованої особи за стан свого здоров'я» [3].

Наприклад, особа є застрахованою. Після сплати страхової премії гранична вартість медичних послуг для неї наблизатиметься до нуля. На рис. 4 зображено суспільні втрати від надмірного споживання (затемнена площина EMN). Тобто якщо цінова політика попиту є еластичною, то при $P = 0$ грн така особа споживатиме Q_m медичних послуг, хоча така кількість повинна відповідати витратам C_m .

У такій ситуації зменшити суспільні втрати може введення додаткової відповідальності з боку споживача у вигляді співоплат (co-payments), співстрахування (co-insurance) та франшизи (deductibles).

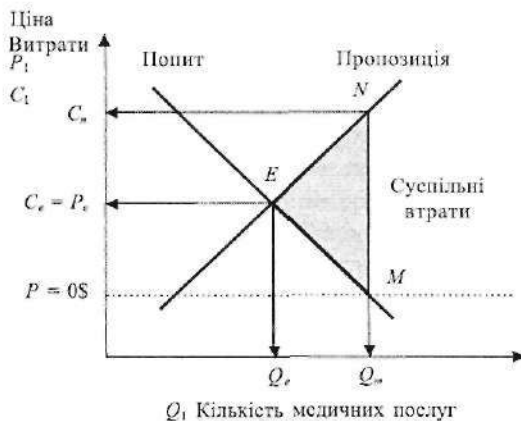


Рис. 4. Суспільні втрати від надмірного попиту [1]

На рис. 5 зображено вплив співоплат на поведінку застрахованої особи. У цьому разі ціна на одиницю послуги для споживача збільшується, й, оскільки попит є еластичним, зменшуються і споживання, і суспільні втрати (заштрихований трикутник $EM'N'$).

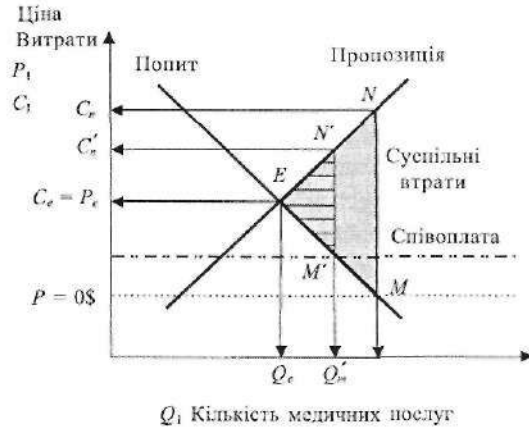


Рис. 5. Вплив співоплат на суспільні втрати [1]

Співстрахування впливає аналогічно. Але при цьому застрахована особа доплачує певний відсоток від вартості послуги (рис. 6). На рис. 7 показано, як страховка починає покривати витрати пацієнта після того, як вони перевищують певну суму — франшизу (трикутник $EM'N'$).

Як бачимо, кожне стягнення зменшує суспільні втрати. Однак зазначені методи додаткової оплати мають й іншу позитивну дію. Вони узабезпечують від такого виду «ризик аморального вчинку», як недбальство щодо власного здоров'я. Запровадження подібних систем додаткової оплати сприяло б досягненню поставленої мети. У західних системах охорони здоров'я зазначені методи використовуються також для:

- розподілу витрат, що збільшує ефективність та заощаджує певну частину витрат;
- мобілізації коштів для досягнення макроекономічного балансу;

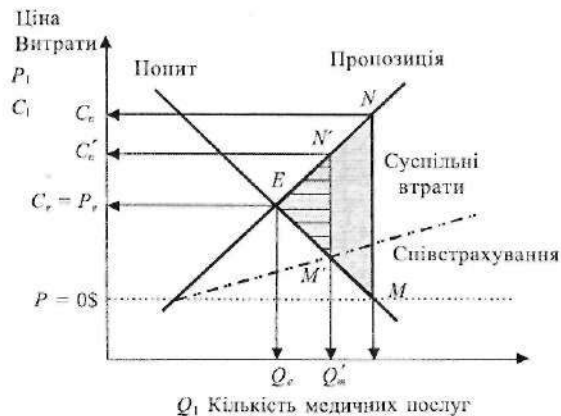


Рис. 6. Вплив співстрахування на суспільні втрати [1]

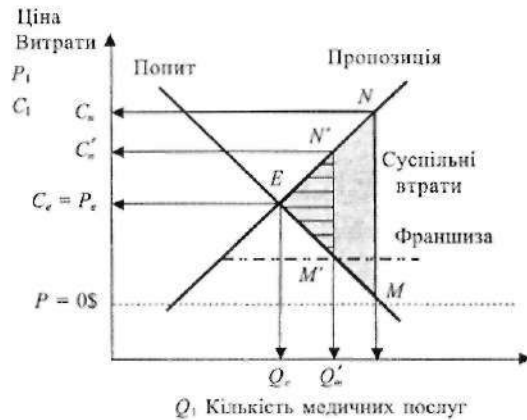


Рис. 7. Вплив франшизи на суспільні втрати [1]

– боротьби з неформальними оплатами за послуги.

Останній пункт досить актуальний для України через наявність лише єдиного страховика.

Узагальнення

Законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Ук-

раїні» передбачено перехід до нової моделі фінансування охорони здоров'я. Однак через наявність єдиного страховика ця модель містить у собі певну загрозу неефективності використання фінансових ресурсів. Тому в систему обов'язкового страхування потрібно ввести елементи конкуренції з метою децентралізації Фонду, для чого може бути використано відповідний досвід Нідерландів.

Передбачена законопроектом загальнообов'язковість медичного страхування дає змогу зменшити ефект «упередженого відбору», тоді як подолання «ризиків аморального вчинку» можливе за впровадження додаткової відповідальності з боку споживача у вигляді співоплат, співстрахування та франшизи.

Наразі перехід до нової моделі фінансування охорони здоров'я як важливої соціально-економічної реформи потребує ретельного вивчення та наукового підходу в розробці ключових принципів її побудови з урахуванням багатолітнього досвіду розвинутих західноєвропейських країн.

1. Pavlova M. Patient Payments And Demand For Health Care: Lecture.– Maastricht: Universiteit Maastricht (2005) [unpublished].
2. Педченко Т. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я // Вісник української академії державного управління.– 2003.– № 1.– С. 215–219.
3. Проект Закону України № 4505–1 від 06.02.2004 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», внесений народними депутатами України І. М. Шурмою, Я. М. Сухим.

4. Folland S., Goodman A. C., Stano M. The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall: Upper Saddle River, Fourth Edition, 2003.
5. Reiner M. Leidl. Health care and its financing in the single European market.– Amsterdam: IOS Press, 1998.– 343 p.
6. The new health insurance system in brief (2004).– <http://www.minvws.nl/en/folders/z/2004/the-new-health-insurance-system-in-brief.asp>.

Vladyslav Shariy, Olga Lebedeva, Eugene Orel

THE ANALYSIS OF MANDATORY SOCIAL MEDICAL INSURANCE IMPLEMENTATION PECULIARITIES IN UKRAINE

In the paper the authors make an attempt to analyze potential consequences of implementation of the draft Law of Ukraine «On mandatory social medical insurance». The article deals with such phenomena as «adverse selection» and «moral hazard», their consequences in case of compulsory medical insurance implementation in Ukraine. Optimal ways of «moral hazard» negative features overcoming are proposed.