

Незважаючи на те, що не у всіх європейських країнах створено спеціальні фонди гарантування страхових виплат, питання захисту інтересів споживачів страхових послуг актуальне і регламентується у переважній більшості. Так серед країн, яка не має загальної системи гарантування страхових виплат – Нідерланди. Проте для страхування життя існує механізм, за яким загальні страхові зобов'язання (не індивідуальні поліси) страховика, який має фінансові проблеми, можуть переводитися до страховика "спеціального призначення" [5].

Не існує єдиної системи гарантування страхових виплат і у Фінляндії. Натомість коли страхова компанія стає банкрутом, питання захисту інтересів власників страхових полісів вирішується судовими розглядами.

Досить цікавим є досвід функціонування фондів страхування у Прибалтійських країнах. Так у Литві та Естонії створенні спеціальні фонди пов'язані з автострахуванням. Зокрема, у Литві існує Бюро зі страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами, яке є асоціацією, що діє відповідно до закону про страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами Республіки Литва.

Учасниками Бюро є страхові компанії, уповноважені здійснювати обов'язкове страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами. Окрім загальних координуючих функцій, на Бюро покладено також здійснення страхових виплат у випадках, передбачених законом про страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами.

В Естонії існує державний фонд дорожнього страхування, який є суспільно-правовою юридичною особою. Кожен страховик, що має право діяти, як страховик дорожнього страхування в Естонії, при подачі клопотання приймається в члени Фонду. У Естонії договори про дорожнє страхування можуть укладатись лише страховими компаніями, які є членами Фонду. Окрім загально-організаційних функцій Фонд може також діяти у якості перестраховальника дорожнього страхування своїх членів.

Латвійська система гарантування страхових виплат регулюється Комісією з регулювання фінансів та ринків капіталів (Financial and Capital Market Commission). Саме фінансовий підрозділ FCMC відповідальний за

управління системою гарантування страхових виплат. Системою покриваються всі види страхування, а тому можна констатувати високий рівень страхового захисту, як для власників полісів страхування життя, так і для інших видів страхування.

Серед розглянутих європейських країн, на нашу думку, саме латвійський досвід створення і функціонування системи гарантування вкладників страхових компаній може бути придатним для України. Такий висновок ґрунтується на тому, що дана країна мала подібні до України вихідні умови розвитку страхового ринку (монополія Держстраху). Активи Фонду формуються з відрахувань страховими компаніями сум, що становлять 1% від загальних страхових премій по специфічним класам страхування, встановленим законодавством. Компенсаційні виплати можуть бути отримані лише фізичними особами: 1) по страхуванню життя – 100% страхового відшкодування, але не більш ніж 2000 латів на одного власника страхового поліса; 2) по інших класах страхування, гарантованим законом, – 50% страхового відшкодування, але не більше ніж 2000 латів на одного власника страхового поліса. Саме розроблена система обмежень страхових виплат може бути прийнятною для України, в умовах поступового накопичення коштів у відповідному гарантійному фонді [6].

Отже, проведені дослідження європейського досвіду гарантування страхових виплат засвідчили необхідність застосування адаптованих до вітчизняних реалій підходів, особливо у сфері особистого страхування. Тому, визначене у Концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року положення, щодо створення фонду гарантування страхових виплат за договорами страхування життя, має бути реалізоване вже у найближчій перспективі.

1. www.dfp.gov.ua – Офіційний сайт Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг в Україні. 2. Саякова Ж. Международный опыт системы гарантирования // Рынок страхования. – 2005. – № 1(3). – С. 15. 3. <http://www.fscs.org.uk> – офіційний сайт Системи Компенсації Фінансових Послуг (Financial Services Compensation Scheme). 4. <http://consorseguros.es> – Іспанський фонд гарантування страхових виплат (Comision Liquidadora de Entidades Aseguradoras). 5. http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/guarantee_schemes_en.pdf – Insurance guarantee schemes in the EU. 6. <http://zakoni.ves.lv> – Архів законодавчих актів Латвії.

Надійшла до редколегії 12.02.11

УДК 369.06.

Г.Ю. Тлуста, канд.економ.наук, асист.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В США: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ

У статті досліджено механізм функціонування ринку медичного страхування в США та форми здійснення медичного страхування. Виявлено проблеми функціонування ринку медичного страхування та його можливості реформування.

Ключові слова: медичне страхування, страхування від хвороб, Медікейд, Медікер.

В статье исследован механизм функционирования рынка медицинского страхования в США и формы осуществления медицинского страхования. Обнаружены проблемы функционирования рынка медицинского страхования и его возможности реформирования.

Ключевые слова: медицинское страхование, страхование от болезней, Медикайд, Медикер.

In the article researches the working mechanism of the medical market insurance of the USA and forms of realization medical insurance. Found out the problems of functioning of market of medical insurance and its possibility of reformation.

Keywords: medical ensuring, insurance against illnesses, Medicaid, Medicare.

Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров'я. Але не завжди такі моделі ефективно функціонують. Проблема медичного страхування – одна з найгостріших у США. Витрати на медицину становлять приблизно 14% ВВП країни, при цьому багато жителів США не мають коштів на оплату візиту до лікаря та покупки ліків.

Безпосередньо дослідженням моделей медичного страхування присвячено багато праць вітчизняних та зарубіжних вчених, а саме праці: В. Базилевича, Н. Внукової, Дж. Гендерсона, А. Лаура та ін.

Метою статті є дослідження ринку медичного страхування США та окреслення основних проблем його функціонування.

Структура ринку медичного страхування в США не тільки відображає складності й проблеми системи охо-

рони здоров'я США, але і його походження в 1930 році та його еволюції в наступні десятиліття. Споконвічно, приватні страхові компанії пропонували послуги страхування від нещасних випадків, організацію похорону (в другій половині 19 сторіччя), і деякі підприємства залізничної, гірськохімічної та лісоперероблювальної галузей почали пропонувати своїм працівникам застрахуватися на випадок хвороби або нещасного випадку [1].

Сучасна система страхування здоров'я в Сполучених Штатах Америки виникла в наслідок впливу Великої

Депресії. В 1929, Лікарня Університету Бейлора в Далласі створила план на предоплатну госпіталізацію для вчителів шкіл, тому що лікарняні бухгалтери виявили, що неоплачені рахунки, накопичені місцевими педагогами, є великим тягарем для лікарняного бюджету, так і для вчителів безпосередньо [2].

На сьогодні у США медичне страхування є добровільним й майже повністю здійснюється за рахунок роботодавців (рис.1.).

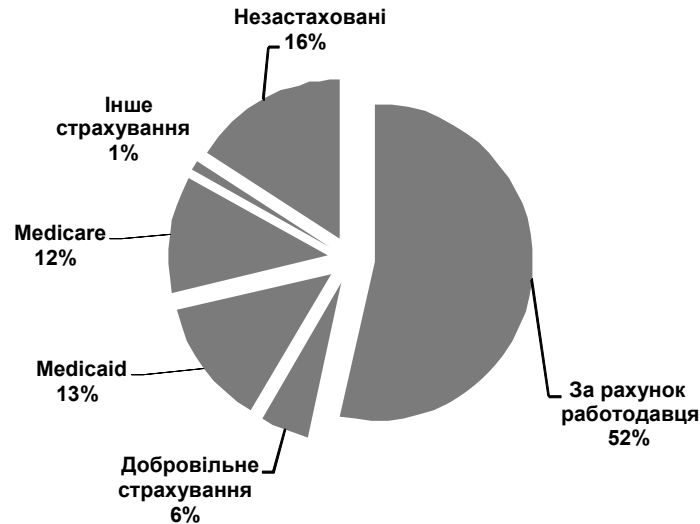


Рис.1. Розподіл медичного страхування в США*

*Джерело: U.S. Census Bureau, 2008 American Community Survey

Страхування від хвороб – найпоширеніший вид страхування за місцем роботи, однак наймачі зовсім не зобов'язані його надавати. Не всі американські службовці одержують таку страховку. Все-таки в найбільш великих компаніях медичне страхування є майже невід'ємною умовою. Також в США присутні певні федеральні (соціальні) програми для певних верств населення (рис.2.).

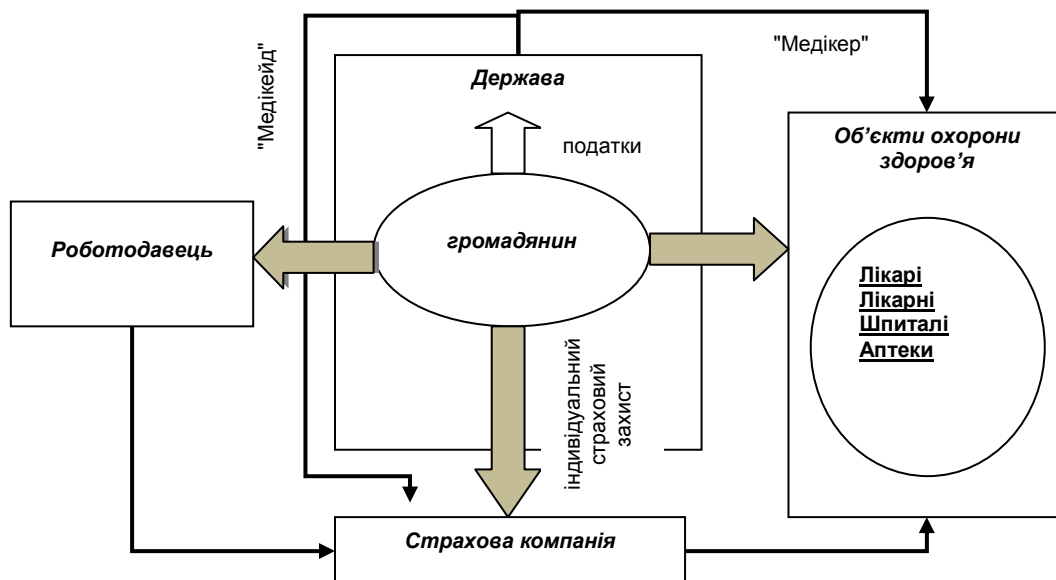


Рис.2. Структура медичного страхування в США

Зараз у США існує дві форми здійснення медичного страхування: компенсаційне та "керованих послуг".

Найпоширенішим є так зване **компенсаційне страхування**, або **страхування "плати за послуги"**. При цій формі страхування роботодавець виплачує страховій компанії страхову премію за кожного працівника, забезпе-

ченого відповідним полісом. Потім страхова компанія оплачує чеки, представлені лікарнею або іншою медичною установою або лікарем. У такий спосіб оплачуються послуги, що входять у страховий план. Звичайно страхова компанія покриває 80% видатків на лікування, за інше повинен платити сам застрахований (рис.3).



Рис. 3. Механізм медичного компенсаційного страхування

Існує альтернатива – страхування так званих "керуваних послуг" (рис.4.). Число американців, охоплених цим видом страхування, швидко збільшується. У цьому випадку страхова компанія укладає контракти з лікарями, іншими медичними працівниками, а також з установами, включаючи лікарні, на надання всіх послуг, передбачених цим видом страхування. Звичайно медичні установи одержують фіксовану суму, що виплачується заздалегідь за кожного застрахованого.

У цей час уряд США також сплачує більше 40% видатків на охорону здоров'я в рамках основних програм – "Медікейд" (Medicaid) і "Медікер" (Medicare).

"Медікер" – це національна програма медичного страхування для осіб від 65 років і більше. Програма допомагає оплачувати медичне обслуговування, але вона не покриває всі медичні витрати або вартість більшості видів тривалого догляду за хворими [3].

Програма "Медікер" поділяється на чотири частини:

- страхування лікарняних витрат ("частина А")
- страхування медичних витрат ("частина В")
- всі послуги в одному закладі ("частина С")
- страхування оплати ліків ("частина D").

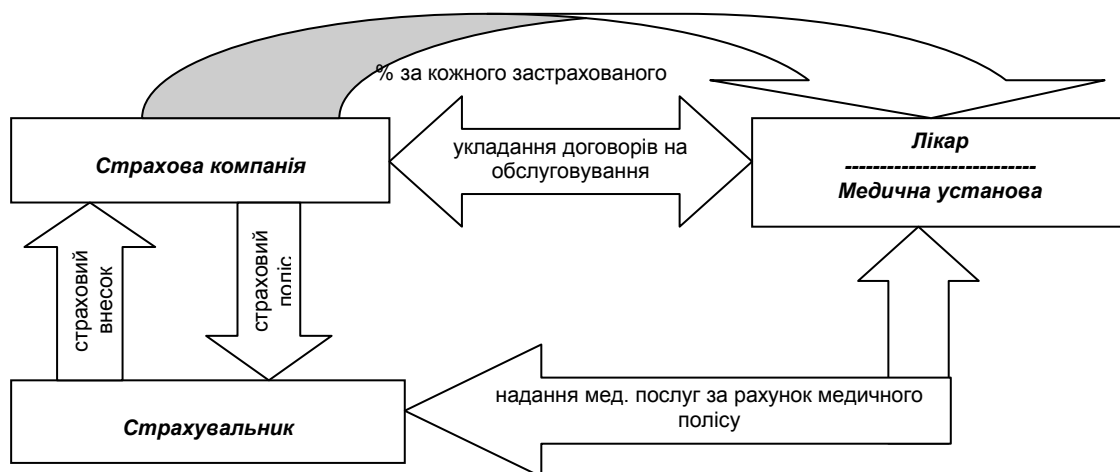


Рис. 4. Механізм медичного страхування за принципом "керуваних послуг"

Страхування на випадок госпіталізації (відома як "частина А"), допомагає оплачувати перебування та лікування в лікарні, у будинку старих і інвалідів із кваліфікованим медсестринським доглядом (після виписки з лікарні), а також деякі види медичного догляду вдома та "хоспісного" обслуговування (табл1.).

Медичне страхування в "частині В" оплачує лікарські послуги й багато інших медичних послуг, а також предмети медичного ужитку, які не покриваються страхуванням на випадок госпіталізації (табл.2).

"Медікер Едвентадж" або "частина С", раніше відома за назвою "Медікер" + Плани на вибір, пропонується в багатьох місцях. Люди, що мають частини А і В програми "Медікер", можуть обрати для себе одержання всіх видів медичного обслуговування й лікування через одну з наявних медичних організацій за допомогою Частини С.

Страхування оплати ліків за рецептом – "частини D" – допомагає з оплатою медикаментів, прописаних лікарем для лікування.

Таблиця 1. Характеристика послуг, що покриваються "Медікер" в "частині А" і розподіл видатків на 2009 рік [4]

| Послуга | Оплачується "Медікер" | Оплачується страховальником |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Частина А: лікарняна страховка | | |
| Стационарні пацієнти | | |
| 1-60 днів | Все, після франшизи | \$1,068 франшиза |
| 61-90 днів | Все, після внеску пацієнта (co-pay) | \$267 у день – внесок пацієнта |
| 60 резервних днів ¹ | Все, після внеску пацієнта (co-pay) | \$534 у день – внесок пацієнта |
| Більше 150 днів | Нічого | Вся вартість за кожний день після 150 днів |

| Послуга | Оплачується "Медікер" | Оплачується страховальником |
|--|--|--|
| Установа із кваліфікованим медичним доглядом (SNF) (якщо щоденний кваліфікований медичний догляд необхідний після 3-денного перебування в лікарні) | | |
| 1-20 днів | Все | Нічого |
| 21-100 днів | Все, після внеску пацієнта (co-pay) | \$133,50 у день – внесок пацієнта |
| Після 100 днів | Нічого | Все |
| Медичний догляд вдома | Все, крім 20% медичного обладнання, що покривається | 20% затвердженої "Медікер" суми за медичне обладнання |
| "Хоспис" (догляд за смертельно хворими) | Все, крім \$5 за кожні прописані ліки й 95% визначеної "Медікер" суми за штучну підтримку життя в день | Внесок пацієнта в розмірі \$5 за кожні ліки й за підтримку життя, 5% від схваленої "Медікер" суми по підтримці життя в день, сума не може перевищувати \$1,068 |
| Кров (отриману під час перебування в лікарні або SNF) | Після 3 пінт крові (1 пінта = 0,47 літра) | За перші 3 пінти крові щороку |

Таблиця 2. Характеристика послуг, що покриваються "Медікер" в "частині В" і розподіл видатків на 2009 рік [4]

| Послуга | Оплачується "Медікер" | Оплачується страховальником |
|---|-----------------------|-----------------------------|
| Частина В: медична страховка | | |
| Щомісячний внесок | | |
| Це сума місячних внесків за страховку "Медікер" частина В для тих осіб, чий річний дохід становить ≤ \$85,000 на людину або ≤ \$170,000 на сімейну пару | \$96.40 | |
| Особи з річним доходом > \$85,000 і ≤ \$107,000 і пари з доходом > \$170,000 і ≤ \$214,000 сплачують | \$134.90 | |
| Особи з річним доходом > \$107,000 і ≤ \$160,000 або пари з доходом > \$214,000 і ≤ \$320,000 сплачують | \$192.70 | |
| Особи з річним доходом > \$160,000 і ≤ \$213,000 або пари з доходом > \$320,000 і ≤ \$426,000 сплачують | \$250.50 | |
| Особи з щорічним доходом > \$213,000 і пари з річним доходом > \$426,000 сплачують | \$308.30 | |
| Річна франшиза | \$135 у рік | |
| Оплата лікаря | 80% затвердженої суми | 20% затвердженої суми |
| Амбулаторне лікарняне лікування | 80% затвердженої суми | Максимально \$1,068 |
| Послуги клінічних лабораторій | Затверджену суму | Нічого |

Звичай особи у віці старше 65 років, що одержують допомогу Соціального забезпечення (SSI), автоматично одержують право й на участь у програмі "Медікер". Це також стосується осіб, що одержують допомогу з непрацездатності протягом двох років. Іншим особам для участі в програмі "Медікер" необхідно подати заяву. "частина А" фінансується з податків на Соціальне страхування, які сплачуються особами, які продовжують працювати. Такі кошти витрачаються на часткову оплату медичних послуг у випадку госпіталізації хворого. "Частина В" фінансується із щомісячних внесків, які здійснюють особи включені в програму "Медікер", а також з інших надходжень. Дані кошти витрачаються на часткову оплату лікарських послуг, диспансерне медичне обслуговування й інші медичні послуги, тощо.

На відміну від обов'язкового лікарняного страхування, додаткове страхування проводиться на добровільній основі. В 2002 році 34.6 млн. старих громадян і 6 млн. інвалідів одержали допомогу за "частиною А" програми. Послугами "частини В" скористалися відповідно 32.9 млн. і 5.2 млн. У тому ж році середня сума відшкодованих коштів на обслуговування одного пацієнта за програмою лікарняного страхування склала \$3 689, а за програмою додаткового страхування – \$2 915. Медичне обслуговування в США одне з найдорожчих у світі, тому програма Medicare не здатна покрити 100% вартості медичних послуг. Зокрема, не повністю оплачується тривале перебування в лікарні, не оплачуються стоматологічні послуги, перевірка зору, виготовлення окулярів.

Інша федеральна програма – "**Медікейд**" – розрахована на надання медичної допомоги незаможним громадянам, що мають дохід нижче рівня бідності. В 2000 році ця програма обслуговувала 44.3 млн. чоловік. Але не кожний американець, чий дохід нижче рівня бідності може бути включений у цю програму. Medicaid поширюється на членів родин з дітьми, вагітних жінок,

людей похилого віку, сліпих, інвалідів, а також людей страждаючими деякими захворюваннями (туберкульоз, деякі форми рака). Так само як і у випадку з Medicare, програма не оплачує 100% витрат на лікування. Крім цих двох федеральних програм існує також ринок приватного страхування та різноманітні місцеві, муніципальні й окружні програми. Програма "Медікейд" фінансується як федеральним урядом, так і органами управління штатів. Федеральний уряд сплачує приблизно половину всіх витрат за програмою "Медікейд" з надходжень від загального податку. Інше сплачує представництва кожного штату.

Велика частина витрат на медичні послуги в США покривається за рахунок добровільного медичного страхування, що оплачується роботодавцями, а також урядом. Проте на частку громадян доводиться значна частина видатків за надані медичні послуги. Ці платежі прийнято вважати механізмом регулювання видатків (якщо працівник сплачує частину видатків самостійно, він рідше звертається до лікаря).

У США існує чітка система взаємин клієнт – страхова компанія – лікар. Особливу увагу страхові компанії приділяють переліку лікарських засобів і схемам лікування. У країні з ефективним законодавством кожний крок лікаря знаходиться під контролем. Американські лікарі не призначають препарати, які не включені в офіційно прийнятий на рівні міністерства охорони здоров'я або страхової компанії перелік лікарських засобів. У випадку пред'явлення позову лікареві за професійну помилку проводиться перевірка всіх його приписань. Якщо в аркуші призначень фігурує "нелегальний" лікарський препарат, наслідком такої перевірки може виявитися позбавлення лікаря ліцензії. Відпрацьовані й чіткі схеми лікування, регулярне оновлення списку препаратів рятують страхові компанії від страхових відшкоду-

вань, клієнта – від наслідків лікарської помилки, а лікаря – від судових позовів.

Договір медичного страхування включає такі основні пункти:

- відносини клієнт – страхова компанія;
- відносини клієнт – лікар;
- відносини страхова компанія – лікар.

Перший пункт скріплюється договором медичного страхування з гарантією покриття страховою компанією витрат за надану клієнтові медичну допомогу.

У другому пункті обумовлюються умови, на яких безпосередньо надається медична допомога в момент настання страхового випадку. Як правило, поняття страхового випадку включає гостре захворювання, загострення хронічного й нещасний випадок.

Третій пункт – виплати за надану медичну допомогу, контроль наданої медичної допомоги, відповідність призначень лікаря стандартним протоколам діагностики й лікування, прийнятим і погодженим медичними експертами (андеррайтерами) страхової компанії. Як обов'язкова умова останній пункт також включає адекватність професійного рівня лікаря вимогам страхової компанії.

Згідно статистичних даних Всесвітньої Організації Охорони здоров'я за 2008 рік населення США становить 302841000 чоловік. Валовий національний доход на душу населення при цьому становить 44070 доларів. Тривалість життя у чоловіків становить 75 років, у жінок – 80 років. За даними 2003 року здорове життя у чоловіків становить 67 років, у жінок – 71 рік. Можливість смерті нижче 5-літнього віку на 1000 чоловік становить 8. А ймовірність смерті від 15 до 60 років на 1000 чоловік у чоловіків становить 137 чоловік, а у жінок – 80. За даними 2006 року всього видатків на душу населення за графою здоров'я складає 6714 доларів. Усього видатків на охорону здоров'я в процентному співвідношенні до валового доходу становить 15,3%. Тут необхідно відзначити, що кількість людей, що досягли 65 – літнього віку й вище, у цей час у США становлять більше 40 мільйонів чоловік. Ці люди одержують федеральну медичну страховку "Медікер", які заробили її, сплачуючи податки на соціальне забезпечення. Близько 6,3 мільйонів літніх і незаможних жителів Америки мають як "Медікер", так і "Медікейд" – програму медичного страхування для незаможних людей.

Однак поза сферою уваги всіх цих видів медичного страхування опиняється більша частина населення країни. Приблизно 44 млн. американців не має медичної страховки, а 77 млн. мають так звану "перервану страховку", тобто в певні періоди не мають ніякої (наприклад, у випадку втрати роботи).

В 2006 перепис населення в США показав, що 44,8 мільйонів американців не мають полісів страхування здоров'я [5]. Щорічно більше 18 тис. американців гинуть тільки через те, що в них немає медичної страховки, і вони не в змозі оплатити медичну допомогу [6]. Відповідно до дослідження, проведеному Institute of Medicine (недержавної організації, що проводить незалежні експертизи в медичній сфері для Конгресу США), незастраховані люди, у яких виявлений рак грудей, мають на 50% більше шансів умерти, чим застраховані. Також значно більше шансів розстатися з життям у жертв нещасних випадків, діабетиків і гіпертоніків. Згідно зі Звітом про Розвиток Людства ООН, "незастраховані особи в США, мають нерегулярну медичну допомогу, так як вони, у більшості випадків, госпіталізуються лише при гострій необхідності в лікуванні. Алі в лікарні, вони отримують менші послуги й, частіше помирають, ніж – застраховані пацієнти. Понад 40% незастрахованих не мають регулярного місця, куди звернутися в разі

захворювання й понад третини незастрахованих вважають, що вони або хто-небудь у їх сім'ї залишаться без потрібної медичної допомоги, у тому числі без рецептів на медикаменти, із-за їх вартості [7].

Таким чином, система медичного страхування в США повинна реформуватися, так палата представників конгресу США схвалила план президента Барака Обами по реформуванню системи охорони здоров'я. 10-літня реформа забезпечить медичною страховкою 36 мільйонів американців [8].

Реформування системи охорони здоров'я США передбачає, що страхове покриття повинне поширюватися на всіх американців. Протягом наступних десяти років, система охопить ще 32 млн. поки ще не застрахованих американців. Правда, до 2019 року однаково залишаться 23 млн. незастрахованих, третина з яких – нелегальні мігранти. Але навіть так страхове покриття пошириться на 95% населення країни (проти 84% сьогодні). Нова система допоможе тим, у кого раніше не було можливості придбати страховку – чи те через її дорожнечу, чи те тому, що страхові компанії відмовляти в ній, наприклад, через хворобу клієнта [9].

Забезпечувати дотепер незахищені верстви населення страховкою нова система буде різними способами, у різний час і поступово. По-перше, починаючи з 2014 року компанії зі штатом більше 50 чоловік будуть зобов'язані (а не по власному розсуду) страхувати здоров'я співробітників. Інакше ним загрожують штрафи. По-друге, через шість місяців після набрання законом чинності будуть заборонені страхові плани, що обмежують дію медичного покриття тривалістю життя. Ціль цієї заборони полягає в тому, щоб і діти застрахованих осіб могли одержувати медичні послуги за тією ж страховкою. Більш того, віковий поріг дітей, які зможуть лікуватися за батьківськими полісами, підніметься з нинішніх 18-19 років до 26 років. По-третє, страхові компанії надалі не зможуть відмовляти в страховці вже хворим людям [9].

У той же час покриття нової медичної страхової системи США розшириться на ще більшу частину населення. По-перше, завдяки програмі Medicaid, що буде займатися людьми з дуже низькими доходами (менш \$29 327 на родину із чотирьох чоловік) у віці до 65 років. По-друге, за допомогою так званих державних страхових бірж – ще одного нововведених реформи. Ці біржі, або торговельні площадки, повинні стати більш конкурентними, орієнтованими на споживачів мережі "Інтернет", де люди, які не одержали страховку через роботодавця, самі зможуть неї придбати. При цьому ті, чиї доходи потрапляють у межі \$29 327 – 88 200 (також на родину із чотирьох), зможуть одержати субсидії на сплату страхових внесків. Самі ж страхові внески будуть обмежені рівнем в 3-9,5% від доходів клієнта.

1. Laura A. Scofea. The Development and Growth of Employer-Provided Health Insurance // Monthly Labor Review -vol. 117 – №3 (March 1994) – С. 3-10. 2. Robert D. Eilers. Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plans. Homewood – 1963. – 456с. 3. Звіт соціальної служби США / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:// <http://www.ssa.gov/multilanguage/Russian/10043-RU.pdf>. 4. California Health Advocates / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:// http://www.cahealthadvocates.org/_pdf/facts/_Russian/A-003-CHAFactSheet-Russian.pdf. 5. Перепис населення США – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.census.gov/prod/2006pubs/p60-231.pdf>. 6. Insuring America's Health: Principles and Recommendations, Institute of Medicine, January 2004 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.iom.edu/?id=19175>. 7. The Impact of Health Insurance Coverage on Health Disparities in the United States, Human Development Report, UNDP, 2005. 8. Медицинское страхование в США сделают более доступным / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://news.ligazakon.ua/news/2009/11/9/18358.htm>. 9. Что несет США реформа здравоохранения / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // www.investgazeta.net.