

## МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У ФІНАНСОВОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

© Білик О.І., 2012

**Розкрито основні проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні. Проаналізовано основні проблеми та перспективи введення обов'язкової форми медичного страхування. Також здійснено аналіз добровільного медичного страхування в Україні. Виявлено проблеми та недоліки обох форм медичного страхування в сучасних умовах, подано рекомендації щодо їх усунення.**

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, форми медичного страхування; добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, середній рівень заробітної плати.

О.І. Bilyk

Lviv Polytechnic National University

## MEDICAL INSURANCE IN FINANCIAL PROVIDING OF HEALTH PROTECTION SYSTEM IN UKRAINE

**The main problems of health care financing in Ukraine are disclosed in the article. Analysis of the main problems and prospects of the implementation of obligatory medical insurance forms is conducted. Also the analysis of voluntary medical insurance in Ukraine is done. The problems and disadvantages of both forms of medical insurance under current conditions are discovered and recommendations for their elimination are given.**

**Key words:** health care in Ukraine, health care financing, forms of medical insurance, voluntary medical insurance, obligatory medical insurance, the average wage.

**Постановка проблеми.** Згідно зі ст. 3 Конституції України здоров'я людини є однією з найголовніших соціальних функцій держави і система охорони здоров'я забезпечується багатоканальним фінансуванням, зокрема і страхуванням. Страхування в будь-якому сучасному суспільстві має велике значення у функціонуванні економіки і підтримки життєвого рівня населення. Страхування є одним з інститутів економічного розвитку суспільства, незалежно від його політичного устрою.

Актуальність теми зумовлена місцем медичного страхування в сучасному суспільстві, яке є складовою частиною складної інфраструктури страхування, що є, своєю чергою, частиною макроекономічної системи держави. З'явилися великі потреби у страхових послугах. Радикальні перетворення страхової справи в країні спрямовані на формування страхового ринку, твердої правової основи його функціонування, створення умов для розширення сфери та якості страхових послуг. У період соціальних та економічних перетворень в Україні – система охорони здоров'я закономірно еволюціонує.

Питання вдосконалення та доступності медичної допомоги населенню набули останнім часом особливого значення. Назріла необхідність модернізації прийняття невідкладних заходів з забезпечення населення рівнодоступною і якісною медичною допомогою, а також з профілактики захворювань. Гарантії безкоштовної медичної допомоги повинні бути загальновідомі й зрозумілі [3].

Відбувається інтенсивний пошук моделей надання медичної допомоги населенню, адекватних сучасним реаліям. Адже питання недостатності фінансування медичної сфери в Україні є відкритим.

Однією з цивілізованих форм ліберальних відносин на ринку медичних послуг є системи, що забезпечують абсолютну соціальну захищеність будь-якого члена суспільства. До таких організаційних форм, зокрема, належать системи медичного страхування, яке є найдієвішим способом фінансування галузі охорони здоров'я. саме медичне страхування можна охарактеризувати тим джерелом фінансування медичної сфери, яке поєднує в собі найширше задоволення потреб пересічного громадянина в охороні здоров'я та наданні медичних послуг із гнучкістю та доступністю [2]. В розрізі медичного страхування відомі дві форми його проведення: обов'язкова і добровільна, які істотно відрізняються між собою і перспективи розвитку яких мають пріоритетне значення в соціально-економічній політиці держави, як основний напрямок забезпечення охорони здоров'я населення України.

Протягом багатьох років точаться суперечки щодо необхідності введення медичного страхування у обов'язковій формі. Цілком очевидно, що ідеальної моделі обов'язкового медичного страхування не існує. Проте необхідно чітко встановити і переваги моделі обов'язкового медичного страхування, враховуючи негативні моменти і складнощі перехідного періоду.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Значний внесок у розвиток теоретико-методологічних основ проведення медичного страхування зробили такі вчені, як В. Борисова, О. Губар, О. Кащенко, В. Костицький, С. Мельник, М. Мних, Я. Радиш, В. Рудень, Я. Шумелда. Також галузевий розподіл страхування розкрили у своїх працях такі відомі вчені-економісти, як: В. Александров, В. Базилевич, Д. Біленчук, О. Ворона, Г. Дмитренко, О. Залетов, О. Заруба, С. Осадець, А. Таркуцзяк, В. Фурман та ін. Питанням фінансово-правового та матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я присвятили свої праці науковці і практики з близького зарубіжжя: С. Батечко, Я. Буздуган, В. Журавель та ін.

**Цілі статті.** Основними цілями цієї статті є розгляд проблеми становлення та функціонування системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні, а також перспективні напрямки розвитку обов'язкового і добровільного медичного страхування на найближчу перспективу. Слід розглянути проблеми ОМС, які умовно можна поділити на фінансові та організаційні. Також у статті слід чітко їх охарактеризувати, вказати основні гальмуючі фактори у введенні ОМС у вітчизняну систему соціального страхування. Окрім того, необхідно виокремити значення добровільного медичного страхування у сфері фінансування медичного страхування.

Метою статті є розкриття напрямків вирішення, передусім, фінансового та законодавчого регулювання діяльності системи ОМС, пропозиції та розгляд програми державних гарантій і механізмів (фінансових і організаційних) функціонування учасників системи ОМС, включаючи особливу роль громадянина, як основного зацікавленої особи в отриманні безкоштовної медичної допомоги гідної якості в умовах загального погіршення ситуації із станом здоров'я населення.

Необхідно окреслити основні напрямки розвитку добровільної форми медичного страхування як альтернати обов'язковому із врахуванням соціально-фінансового положення громадян України.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Питання здоров'я нації є актуальним у будь-якій розвиненій країні світу, адже людський ресурс – це визначальна складова у сфері соціального, економічного та культурного розвитку держави [1]. Сьогодні в Україні склалася негативна ситуація у сфері фінансування охорони здоров'я, оскільки в Україні присутнє лише бюджетне фінансування охорони здоров'я і в окремих випадках – приватне. Ситуація із фінансуванням медичного сектора є доволі негативною, оскільки витрати на охорону здоров'я щороку зростають, що пов'язано із збільшенням кількості хворих. Про це свідчать дані високої смертності в країні. Серед країн Європи та Євразії USAID, Україна займає 25-те місце з 28 країн тривалістю життя (рис. 1 [4]).

Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету у 2010 р. становили 39,4 млрд грн., що майже на 10 млрд грн. більше, ніж у 2009 р. У Державному бюджеті України на 2011 рік зведені видатки на охорону здоров'я враховано в обсязі понад 42 млрд грн. – це 3,4 % від ВВП [4].

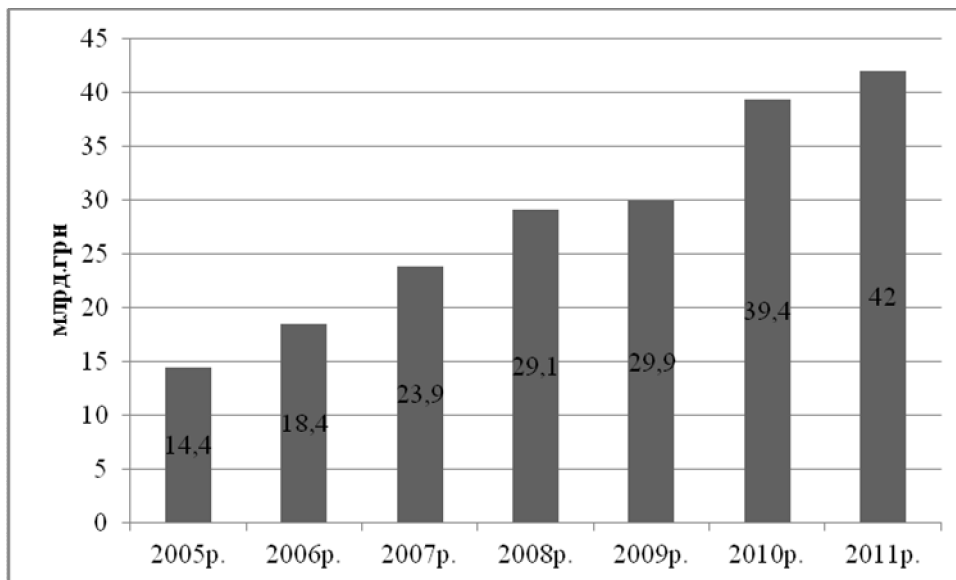


Рис. 1. Динаміка витрат на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету України за 2005–2011 рр.

Проте зростаючі витрати є недостатніми для покращання наявної ситуації. Тому актуальним є питання про введення в дію бюджетно-страхового фінансування медицини, яке містить раціональне поєднання двох основних джерел фінансового забезпечення галузі.

У теорії страхування передбачено наявність двох форм медичного страхування. Між цими двома формами існує істотна відмінність, передусім пов'язана із приналежністю кожної з форм медичного страхування до конкретної галузі страхування: обов'язкове медичне страхування – це галузь соціального страхування, а добровільне медичне страхування (ДМС) – це комерційне страхування, яке належить до особистого страхування. У розвинених країнах світу ДМС, зазвичай, є доповненням до системи ОМС, забезпечуючи громадянам можливість отримання медичних послуг понад встановлені в програмах обов'язкового медичного страхування або гарантованих у межах державної бюджетної медицини; ДМС ґрунтується на принципах еквівалентності і замкнутою розкладки збитку між учасниками даного страхового фонду, тоді як ОМС використовує принцип колективної солідарності.

За договором добровільного медичного страхування застрахований отримує певні види медичних послуг і в тих розмірах, за які було сплачено страхову премію. ДМС забезпечує страхувальникам медичне обслуговування, вищої якості, що відповідає індивідуальним вимогам клієнта, участь у програмах ДМС не регламентується державою і залежить від потреб і можливостей страхувальника. В якості страхувальників можуть виступати фізичні та юридичні особи, що укладають договори медичного страхування для своїх співробітників. Колективна форма ДМС має вельми значне поширення.

Добровільне медичне страхування слугує доповненням до безкоштовних форм забезпечення населення медичними послугами, опитування про раціональне співвідношення обов'язкового страхування, добровільного страхування та бюджетного фінансування медицини по-своєму вирішується в різних країнах. Проте ДМС завжди присутня в системі фінансування охорони здоров'я, на якій би моделі вона не виходила. Це пояснюється тим, що державних ресурсів і засобів, що залучаються через ОМС, нині недостатньо для надання населенню якісної медичної допомоги [3].

І хоча медичне страхування є загальноприйнятною практикою у багатьох країнах світу, а також Законом України від 07.03.96 р. № 85/96-ВР «Про страхування» (зі змінами та доповненнями) передбачено загальнообов'язкове медичне страхування (п. 1 ст. 7), проте фактично у вітчизняних умовах здійснюється лише приватне (добровільне) медичне страхування. Законодавче обґрунтування обов'язкової форми медичного страхування знайшло місце в відповідних законопроектах за № 1040 від 27 листопада 2007 р., № 1040-1 та № 1040-2 від 25 січня 2008 р., які передбачають внесення змін до ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою

працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням», ЗУ «Про страхування», Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування та Основ законодавства України про охорону здоров'я. Зокрема, пропонується викласти ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» у новій редакції ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [5].

Проте, у сучасних економіко-політичних умовах обов'язкове медичне страхування пропонується вводити поетапно, оскільки радикальне реформування фінансування медицини – це наявний тягар на працююче населення. При цьому слід враховувати, що під час введення в дію ОМС виникнуть фінансові і організаційні проблм.

До основних фінансових проблем, які можуть виникнути під час введення ОМС можна зарахувати таке:

1. Можлива нестача грошових коштів у зв'язку з відсутністю відчутного економічного зростання в країні і зберігається залишковим принципом фінансування галузі охорони здоров'я. Доведено, що недостатні обсяги державного фінансування охорони здоров'я призводять до погіршення показників здоров'я населення, посиленню нерівності між різними верствами населення в якості і доступності медичної допомоги, призводить до зuboжіння найнезахищеніших верств населення і різко знижує задоволеність населення медичною допомогою. Так, чітко встановлена залежність між рівнем фінансування медичної допомоги та основними демографічними показниками (смертність працездатного населення, очікувана тривалість життя, дитяча смертність) .

За показником витрат на медичну допомогу на душу населення Україна істотно відстає не тільки від західних країн, а й від більшості країн Центральної та Східної Європи, які «стартували» приблизно в рівних з нами умовах. Проте додаткові надходження від ОМС не змінять належно ситуацію, адже основна частка видатків на охорону здоров'я припадає на оплату праці працівників медицини. Приблизно на такому рівні пріоритетності охорони здоров'я перебувають країни, що розвиваються, з середнім рівнем доходу (Бразилія – 3,4 %, Парагвай – 3,0 %, Перу – 2,8 % [6]).

2. Низький тариф на ОМС не виправить становища із фінансуванням охорони здоров'я. На другому етапі введення ОМС планують ввести страхові внески за рахунок доходів громадян розміром 30–35 грн. на місяць і збільшити збори з самозайнятих осіб до 60–70 грн.

3. Слід враховувати необхідність фінансового забезпечення охорони здоров'я для непрацюючого населення.

4. Незначне підвищення заробітної плати лікарів, що не знищить корупцію в цій сфері.

5. Додаткові внески на обов'язкове медичне страхування сприятимуть додатковому навантаженню на заробіток працюючого населення.

До організаційних проблем під час введення системи ОМС можна зарахувати:

1. Відсутність законодавчого закріплення державних гарантій медичної допомоги населенню та визначення публічних зобов'язань у сфері охорони здоров'я.

2. Правового забезпечення діяльності щодо захисту прав застрахованих.

3. Створення окремого законодавства про добровільне медичне страхування і платні медичні послуги;

4. Законодавче визначення обов'язковості страхування професійної відповідальності медичних працівників.

5. Визначення правил вибору страховика, а також умов поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Необхідно чітко законодавче розмежування ОМС і ДМС, аж до прийняття окремого закону «Про добровільне медичне страхування громадян».

6. Низька якість медичних послуг, витрати на які покриваються базовою медичною страховкою.

Серед основних пропозицій при введенні ОМС слід врахувати і можливість побудови єдиної системи персоніфікованого обліку наданої медичної допомоги. Варіативність сформованих процесів визначає відмінності в підходах до обліку медичної допомоги. Впровадження персоніфікованого обліку медичної допомоги в системі ОМС є основоположним, тому що тільки на рівні індивіда є можливим зв'язати воєдино всі існуючі інформаційні потоки, які цілісно відображатимуть різні

аспекти діяльності системи ОМС, а також передбачити інтеграцію нових інформаційних потоків. На сучасному етапі виникає необхідність збору та обробки величезних обсягів медико-економічної інформації, використовуваної під час аналізу, прогнозування та оптимізації витрат на медичну допомогу. Очевидно, що без організації єдиного інформаційного простору і створення єдиної інформаційної системи галузі виконати ці завдання неможливо. Реалізація страхових принципів сформуливали нові методи медико-економічної оцінки наданої медичної допомоги, зокрема систему позавідомчого контролю її якості. Міжнародний досвід підтверджує, що введення страхових механізмів ОМС має забезпечити зміну принципів організації фінансування охорони здоров'я. Саме запровадження персоніфікації медичних послуг дозволить чітко розрахувати витрати на охорону здоров'я [7].

Для досягнення принципу надання медичної допомоги певного рівня і обсягу, забезпеченої конкретним цільовим джерелом фінансування, необхідно передусім встановити досить високий тариф на ОМС, що відповідно спричинить збільшення податкового навантаження. Саме через наявні проблеми фінансового та організаційного характеру питання введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні залишається відкритим і лише у 2015 році планується його введення [8]. Тому основним напрямком покращення фінансування медицини у сучасних умовах є використання програм медичного страхування.

Як показують соціологічні дослідження, сьогодні від 30 до 50 % громадян України висловлюють готовність у разі виникнення проблем зі здоров'ям звернутися в приватну клініку (до приватного лікаря), але фактично кількість звернень у приватні клініки значно нижча. При цьому переважає система безпосередньої оплати пацієнтом медичної послуги, наданої в приватній клініці, а оплата через систему добровільного медичного страхування не перевищує 2 % [9].

Враховуючи низький рівень заробітної плати громадян України, додаткові кошти на сплату страхових премій по ОМС буде надзвичайно складним. Проте серед працюючого населення є і громадяни із достатнім рівнем заробітної плати і, враховуючи цей аспект, на урядовому рівні слід забезпечити бюджетне фінансування охорони здоров'я лише для соціально незахищених верств населення, та працюючих громадян із недостатнім рівнем заробітної плати (із врахуванням мінімальної заробітної плати в Україні, яка станом на 01.01.2012 р. становить 1073 грн. [6]). Так, середній рівень заробітної плати в Україні становить 274 грн.: найвищий рівень зарплат зафіксований в Києві, де середня зарплата становила 4171 грн., найнижчий рівень в Тернопільській області – 2089 грн. [10]. Враховуючи ці дані, пропонується надання безкоштовного медичного обслуговування осіб із рівнем заробітної плати у 2200 грн., решта працюючого населення стимулювати до укладання добровільних договорів медичного страхування. Програми страхування бувають декількох типів. Найдешевша передбачає надання невідкладної медичної допомоги, екстреної госпіталізації. Така програма працює у випадках, якщо людині раптово стало погано. Наприклад, у разі гіпертонічного кризу, інфаркту, гострого отруєння. Середня вартість такої програми становить від 0,7 до 1 тис. грн. на рік [8]. Крім того, до медичного страхування слід залучати і роботодавців, оскільки це дозволить забезпечити хороший стан здоров'я працівників, що безпосередньо впливає на продуктивність праці, створення позитивного іміджу для роботодавця, а також підвищення зацікавлення персоналу у цьому роботодавці і зменшення відтоку цінних кадрів.

Перевагами медичного страхування є можливість вибору необхідного переліку медичних послуг, вибору медичного закладу, отримання заходів щодо попередження хвороб, можливість контролю за якістю послуг тощо і, аналізуючи ринок страхових послуг, можна зробити висновок щодо збільшення зацікавлення фізичних і юридичних осіб у добровільному медичному страхуванні. У порівнянні з 9 місяцями 2010 р. у 2011 р. спостерігалось збільшення валових страхових премій на 195,7 млн грн. (30,4 %) і частка ринку ДМС становила 6 % [11]. Проте цей рівень є досить низьким, що свідчить про недостатній рівень страхової культури: з одного боку, страхові компанії недостатньо вміло розвивають свої послуги, а з іншого, фізичні особи вимагають наявності низьких тарифів на велику кількість медичних послуг, що, звичайно є неможливим. Тобто, громадяни не привчені засобами страхування платити за медичні послуги, вважаючи страхову премію надто високою. Проте, враховуючи те, що вітчизняні медичні заклади не фінансуються на

гідному рівні (відсутні медикаменти, низька заробітна плата працівників медицини тощо), пересічний громадянин витрачає на лікування велику кількість грошей.

Аналіз світового досвіду показує, що ринок страхових послуг в охороні здоров'я слід розглядати як субринок ринку медичних послуг. Відсутність розвинуеного ринку платних медичних послуг, знижує ефективність функціонуючої системи добровільного медичного страхування [5]. В Україні поки можна говорити лише про становлення цивілізованого ринку медичних послуг. При цьому, що дуже важливо саме для системи добровільного медичного страхування, медичні послуги не завжди відповідають високим стандартам якості і сервісної підтримки. Очевидно, що в приватних клініках, зацікавлених у підтримці високого попиту пацієнтів на надані в них медичні послуги, питання якості та сервісу послуг є найактуальніші [2].

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, одним із шляхів реалізації фінансового забезпечення медицини є стимулювання добровільного медичного страхування. На зацікавленість суб'єктів приватної системи охорони здоров'я в становленні і розвитку в Україні цивілізованого ринку медичних послуг впливає рівень забезпечення надійних гарантій високої якості і сервісу медичних послуг. Це сприятиме зростанню довіри населення нашої країни до приватної системи охорони здоров'я, а через систему добровільного медичного страхування медичні послуги стануть доступними ширшому загалу пацієнтів, оскільки фінансове навантаження з оплати медичних послуг у приватній клініці за наявності договору добровільного медичного страхування буде значно нижче.

Отже, шляхи вдосконалення системи надання та фінансування медичних послуг окреслені так:

- персоніфікований облік виділяються державних коштів і витрат для розрахунків подушного принципу фінансування програми державних гарантій;
- поява і розширення платоспроможного попиту на добровільне медичне страхування у середнього класу великих міст у міру стабілізації економіки України. Ширше залучення в сферу добровільного медичного страхування;
- законодавче врегулювання питання про можливість віднесення витрат на медичне страхування працівників до валових витрат;
- розширення маркетингової діяльності у сфері добровільного медичного страхування;
- розмежування верств населення відповідно до середнього рівня заробітної плати з метою надання безкоштовних медичних послуг лише конкретним категоріям громадян (пенсіонери, діти, інваліди тощо) та громадянам з низьким рівнем доходів.

Саме вдосконалення законодавчої бази у сфері медичного страхування має пріоритетне значення для введення його обов'язкової форми. Враховуючи досвід сусідніх держав (Польщі, Росії), необхідно уникати помилок при введенні ОМС, зокрема це проблеми якості медичних послуг, які входять до базових пакетів ОМС. Отже, покращання системи охорони здоров'я значною мірою залежить від системи добровільного медичного страхування, яка повинна вирішувати питання гарантованості й доступності медичних послуг для широких верств населення, дозволить залучити додаткові ресурси у сферу охорони здоров'я.

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. 2. Карпишин Н. І. Держава і ринок медичних послуг: концептуалізація причин і наслідків взаємодії / Н. І. Карпишин // *Формування ринкових відносин в Україні*. – 2010. – № 9. – С. 118-124. 3. Городецька А. Приватна і державна медицина в Україні в умовах реформування: симбіоз замість конкуренції? / А. Городецька // *Український медичний часопис*. – 2011. – № 9. 4. Держбюджет-2012 передбачає збільшення видатків на охорону здоров'я // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmi.gov.ua>. 5. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я / О.Солдатенко // *Юридична Україна*. – 2010. – № 4. – С. 53–58. 6. Статистичні дані // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.sta.lviv.ua>. 7. Гануцак Ю. Медична реформа: експеримент із запланованим провалом? / Ю. Гануцак // *Дзеркало тижня. Україна*. – 2011. – № 23. 8. Медстрахованіє сьогодні // [Електронний ресурс]. –

Режим доступу: <http://www.prostrah.com>. 9. Петровський В. Медичне страхування може стати механізмом контролю якості лікування/ Петровський В. // Урядовий кур'єр. – листопад 2011. 10. Реальна заробітна плата в Україні в липні зросла на 2,9 %. Середня зарплата – 2749 грн. // [Електронний ресурс].-Режим доступу: <http://www.newsru.ua/finance>. 11. Підсумки діяльності страхових компаній за 9 місяців 2011 року. – Інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com>.

УДК 330.101. 54 +336.14

І.М. Васькович, М.М. Баран  
Національний університет “Львівська політехніка”

## ПОДАТКОВИЙ АУДИТ У СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ УКРАЇНИ

© Васькович І.М., Баран М.М., 2012

**Розглянуто проблему значення податкового аудиту у системі державного контролю. Велику увагу приділено питанням організації проведення перевірок. За організаційно-правовим статусом виділено чотири види перевірок, а також розглянуто передумови щодо їх проведення.**

**Ключові слова:** податковий аудит, камеральна перевірка, документальна перевірка, фактична перевірка, зустрічна перевірка.

І.М. Vaskovuch, M.M. Baran  
Lviv Politechnic National University

## TAX AUDITING IN A STATE CONTROL SYSTEM OF UKRAINE

**The problem of tax auditing role in a system of state control is risen. Great attention is paid to the questions of organizing the examination carrying out.**

**Four kinds of examinations are distinguished according to organizational and legal status. Prerequisites connected with their conducting are also considered.**

**Key words:** tax auditing, audit, actual audit, counter audit.

**Постановка проблеми.** Актуальність докорінної перебудови управлінських функцій держави, зокрема й контрольних, зумовлюється тими змінами, що відбулися протягом останніх років у законодавчому полі України. Збільшилось значення податкової служби та особливого напрямку державного фінансового контролю – податкового аудиту.

Основні завдання полягають у налагодженні партнерських і довірчих відносин з платниками податків. Тому дуже важливо розбудовувати різні форми зворотного зв'язку з ними. З набранням чинності Податковим кодексом і податківці, і платники податків несуть ще більшу відповідальність перед суспільством. Тому податковий контроль має сприяти гармонізації відносин з суб'єктами господарювання, а контрольні-перевірочні заходи треба спрямовувати на відпрацювання винятково тих суб'єктів господарювання, які в своїй діяльності використовують схеми мінімізації платежів до бюджету. Щодо платників, які сумлінно виконують свої зобов'язання перед державою, слід обмежуватися методами аналізу, уникати зайвого втручання у їх діяльність.