Factors and tendencies of evolution changes of medical insurance development: international practice

Yu. Shevchuk

University of State Fiscal Service of Ukraine

Article info

Accepted 28.02.2019

University of State Fiscal
Service of Ukraine

Шевчук, Ю. В. (2019).
Чинники й закономірності
еволюційних змін у
розвитку медичного
страхування: зарубіжна
практика. *Fundamental and
applied researches in
practice of leading scientific
schools*, 31 (1), 209–212.

Shevchuk, Yu.V. (2019). Factors and tendencies of evolution changes of medical insurance development: international practice. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, 31 (1), 209–212.

In article we've analyzed the development of national medical insurance through the prism of convergence and divergence. Defined the part of state expenses in total expenditures of healthcare in few EU and UIC countries in 2010, 2014, 2017 and 2018. Outlined three groups of countries by development of medical insurance financial support: 1) developed, who is characterized by convergence and mainly includes old EU countries; 2) developing countries, who is characterized both by convergence and divergence and mainly includes new EU countries; 3) new developing countries, who is characterized by divergence and mainly includes post-soviet countries including Ukraine and the least developed South European countries. Listed the international examples of medical insurance development based on convergence and divergence in European, Asian, North American, African and Persian regions.

Key words: medical insurance; voluntary medical insurance; obligatory medical insurance; healthcare; convergence; divergence.

Чинники й закономірності еволюційних змін у розвитку медичного страхування: зарубіжна практика

Ю.В. Шевчук

Університет державної фіскальної служби України

У статті розглянуто розвиток національного медичного страхування через призму процесів конвергенції та дивергенції. З'ясовано частку державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я у окремих країнах ЄС та СНД в 2010, 2014, 2017 та 2018 рр. Виділено три групи країн щодо розвитку систем фінансового забезпечення медичного страхування: 1) розвинені, у яких переважають конвергентні процеси, до яких відносяться «старі» країни-учасниці Європейського Союзу; 2) країни, що розвиваються, у яких співвідносяться конвергентні і дивергентні процеси, до цієї групи входять «нові» країни-учасниці Європейського Союзу; 3) країни, що розпочали розвиватися, у них домінують дивергентні процеси, цю групу представляють країни колишнього СРСР, а також найменш розвинені країни Південно-Східної Європи, до цієї ж групи відноситься й Україна. Наведено зарубіжні приклади розвитку медичного страхування на основі конвергенції та дивергенції у Європейському, Азійському, Північноамериканському, Африканському та Персидському регіонах.

Ключові слова: медичне страхування; добровільне медичне страхування; обов'язкове медичне страхування; охорона здоров'я; конвергенція; дивергенція.

Вступ

Запозичення та впровадження кращого досвіду, що базується на міждержавних порівняннях надає

можливість поглибленого аналізу актуальних для України проблем та особливостей процесу реформування сфери охорони здоров'я. Він наочно

показує за допомогою яких інструментів досягнуто успіхів у формуванні більш ефективних і справедливих систем фінансування сфери охорони здоров'я, в тому числі за рахунок медичного страхування.

Однак процес формування систем фінансового забезпечення охорони здоров'я та її основного елемента медичного страхування тісно пов'язаний з масштабними соціальними змінами, що мають місце в окремих країнах. Поєднання першопричин, зовнішніх та внутрішніх чинників, цілей, засобів та шляхів проведення реформ у кожному окремому випадку є специфічним, а отже результати також суттєвим чином відрізняються. Крім того, будь-які досягнення щодо фінансово-ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я, загалом, та медичного страхування, зокрема, не є тим кінцевим пунктом, на якому реформи можна вважати завершеними.

Питання еволюційних змін у розвитку медичного страхування в зарубіжній практиці перебувають у полі зору багатьох науковців, серед яких: В. Базилович, О. Богомолец, М. Букевич, О. Залетов, Б. Сташків, Дж. Кутзін, І. Плакіна, В. Пліса, О. Кнейслер, С. Козьменко, О. Костюченко, Т. Стецюк, І. Чкан. Ними зроблено вагомий внесок в дослідження чинників та закономірностей еволюційних змін у розвитку медичного страхування.

Однак, незважаючи на досягнення цих учених та отримані ними результати, в науковій літературі бракує досліджень, які б комплексно охоплювали проблематику фінансового забезпечення медичного страхування з точки зору зарубіжної практики через призму процесів конвергенції та дивергенції.

Мета дослідження

Метою статті є порівняння міжнародного досвіду фінансового забезпечення медичного страхування під впливом процесів конвергенції та дивергенції.

Виклад основного матеріалу

Створення і розбудову національної системи медичного страхування можна розглядати як

своєрідний компроміс між процесами конвергенції та дивергенції. Конвергенція проявляється у тому, що кожна країна, впроваджуючи медичне страхування, раніше чи пізніше відмовлялася від децентралізованої, приватної, добровільної системи фінансування медичних послуг для обмеженої частини громадян на користь більш централізованої, державної, обов'язкової моделі з максимально широким охопленням населення [6].

Розширення державної участі в медичному страхуванні у країнах Європи відбувалося протягом XIX–XX ст. і цей процес мав кілька важливих наслідків: По-перше, система медичного страхування поступово перетворилася із суто добровільної в змішану, із переважанням обов'язкового медичного страхування. По-друге, розвиток систем обов'язкового медичного страхування, розпочавшись на місцевому рівні, поступово поширювався на національний, і лише на більш пізніх етапах (у процесі входження країн до складу Європейського Союзу) набув міжнародного характеру (на рівні Спільноти). По-третє, ступінь участі держави у процесі фінансування медичних послуг постійно зростає за обсягом ресурсів та охопленням населення, внаслідок чого функції щодо регулювання медичного страхування поступово перетворилися із законодавчого встановлення загальних засад на складну систему принципів, нормативів, приписів та процедур у сфері медичного страхування.

В Україні спостерігається падіння частки витрат на сферу охорони здоров'я у ВВП на 0,16–0,27 % на рік. Середньосвітовий рівень частки витрат на сферу охорони здоров'я у ВВП у 2010–2018 рр. знаходиться у стані відносно стійкої рівноваги на рівні 5,8–6,2 % від світового ВВП [8].

Частка витрат на сектор охорони здоров'я у ВВП в Україні є нижчою від загальносвітового рівня, що негативно відображається на розвитку національної системи медичного захисту населення. У цьому контексті представляє інтерес дослідити частку державних витрат у сукупній структурі витрат на сферу охорони здоров'я у окремих країнах (рис. 1.).

Рис. 1. Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я у окремих країнах у 2010, 2014, 2017 та 2018 рр. %

Джерело: складено автором за даними [7, 8].

Відповідно до даних, наведених на вищезазначеному рисунку, частка державних витрат у структурі загальних витрат на сферу охорони здоров'я має тенденції, аналогічні до частки витрат на сферу охорони здоров'я у ВВП. У розвинених країнах спостерігається зростання частки державного фінансування за рахунок розвитку державно-приватних програм, які є одночасно фінансово вигідними і для держави, і для приватних партнерів. Водночас, у країнах, що розвиваються та у нерозвинених країнах держава відчуває дефіцит фінансових ресурсів і змушена поступово скорочувати фінансування сфери охорони здоров'я, а розвиток програм державно-правного партнерства, які ефективно себе показують у розвинених країнах пригальмовується законодавчими недосконалостями та відсутністю стабільного фінансування. Тому, населення змушене компенсувати нестачу коштів в системі соціального страхування за рахунок: а) участі у страхових схемах добровільного медичного страхування; б) прямих платежів за медичні послуги.

З точки зору систематизації зарубіжного досвіду розвитку фінансового забезпечення медичного страхування за типом чинників еволюції, а саме за зовнішнім критерієм можна виділити три групи країн, щодо систем фінансового забезпечення:

- розвинені, в яких фінансове забезпечення медичного страхування сформовано, а нині відбувається їх удосконалення у напрямку поступового зближення (переважають конвергентні процеси, як це має місце в «старих» країнах-учасниках Європейського Союзу);

- ті, що розвиваються, і після відносно короткого перехідного періоду спромоглися реформувати державні засоби фінансування медичного страхування, модернізувавши та послідовно вдосконалюючи його інституціональну, організаційну, ресурсну базу (співвідношення конвергентних і дивергентних процесів залежить від глибини та успішності проведених реформ, а до групи входять «нові» країни-учасниці Європейського Союзу);

- ті, що розпочали (або розпочинають), але не завершили реформу відносин у сфері фінансування охорони здоров'я у зв'язку із переходом до комплексної системи медичного страхування (домінують дивергентні процеси, групу представляють країни колишнього СРСР, крім Балтії, найменш розвинені країни Південно-Східної Європи, до цієї ж групи можна віднести й Україну).

Однак, якщо перейти від локального рівня аналізу орієнтованості країни на процеси конвергенції чи дивергенції до міжнародного, то відразу стає помітним, що конвергенція систем медичного страхування у Європі жодним чином не пов'язана із процесами розвитку систем медичного страхування, які відбуваються наприклад у Японії, Сінгапурі чи Об'єднаних Арабських Еміратах. Це свідчить, що параметр конвергенції систем медичного страхування необхідно доповнити географічним критерієм, а тому пропонуємо виділяти групи країн, які виступають локальними центрами конвергенційних чи дивергенційних процесів. Так, поєднуючи географічний критерій та критерій конвергенції, пропонуємо виділяти Європейський регіон, Азійський регіон,

Північноамериканський регіон, Південноамериканський регіон, Африканський регіон та Персидський регіон. У кожному із наведених регіонів слід виділяти базову групу країн, які є центрами конвергенції і географічно споріднені країни та території, які при розробці власної системи медичного страхування або рухаються проти напрацювань базової групи країн (процеси дивергенції), використовують існуючі ефективні практики (процеси конвергенції) або на основі існуючих практик розробляють власні, більш ефективні, але із збереженням порівнюваності та сумісності із системами медичного страхування базової групи країн регіону (паралелізм, або одночасна присутність процесів конвергенції та дивергенції).

Відповідно, для Північноамериканського регіону (країни Північної Америки та Карибського басейну), базовою групою країн є США та Канада. Відповідно, процеси конвергенції до вказаної базової групи країн прослідковуються у країнах Карибського басейну, оскільки значна кількість осіб, застрахованих у американській системі медичного страхування проводить відпустки саме у країнах Карибського басейну і для цих країн конвергенція із США та Канадою є одним із факторів як туристичної привабливості, так і економічного розвитку. Водночас в даній групі країн спостерігається і дивергенція, оскільки Мексика будує власну систему соціального захисту та медичного страхування [5], яка, на противагу США, базується на принципі платності усіх медичних послуг. Хоча дана система і має ряд недоліків, однак середня вартість медичних послуг при аналогічному рівні якості у 10 і більше раз нижча, ніж у США. Тому, доволі розвиненим у прикордонній зоні Мексики є медичний туризм [4].

Для Азійського регіону базовою групою країн є «азійські тигри» та Японія, водночас, конвергенція спостерігається у тих країнах, які активно розвиваються. Так, відповідно до програми «Здоровий Китай – 2020» у Китаї відбувся запуск системи медичного страхування, відповідно до якої кожен китаєць має базову медичну страхову, яка покриває до 50 % витрат на лікування. Аналогічна система функціонує в Японії, а Сінгапур проводить політику наближення власної системи медичного страхування до китайської [10]. Дивергенція у даному регіоні поширена у найменш розвинених країнах, які не мають ні людських, ні фінансових ресурсів для створення ефективної медичної системи, не говорячи про систему медичного страхування (наприклад, Непал).

Персидський регіон включає країни Аравійського півострова та територіально близькі країни і до базової групи країн даного регіону відносимо Ізраїль та ОАЕ [3]. Оскільки, дані країни мають найрозвиненішу систему соціального захисту та медичного страхування громадян, а географічно близькі країни, які не знаходяться у стані конфлікту із країнами базової групи, мають ознаки розвитку процесів конвергенції, тоді як будь-які конфлікти сприяють розвитку процесів дивергенції. Наприклад, Палестина надзвичайно вороже налаштована проти будь-яких форм розвитку не тільки системи охорони здоров'я, а й різних галузей економіки, які активно практикуються в Ізраїлі. Водночас, розвитку процесів дивергенції сприяє відсутність природних

копалин (в першу черг достатніх запасів нафти), що призводить до неможливості профінансувати процеси конвергенції.

Розглядаючи країни Африки доволі складно виділити базову групу країн, оскільки навіть за умови територіальної спорідненості, системи соціального захисту та медичного страхування у цих країнах інколи відсутні як явище (наприклад, Сенегал [11]). Звісно, окремі країни намагаються сформувати власні системи медичного захисту та медичного страхування

(Руанда [2]), однак дані ініціативи на сьогодні не знаходять достатньої підтримки як фінансового, так і соціального характеру. Тому, у даному регіоні як центри конвергенції можемо вважати найрозвиненіші туристичні країни – Єгипет та Південноафриканську республіку, оскільки вони розвивають систему медичного страхування відповідно до норм та правил тих країн, які є постачальниками основного туристичного потоку (країни ЄС). Відповідно, решта африканських країн, які розвивають туризм, реформують власну систему медичного страхування відповідно до ефективно діючих систем названих базових країн (що є конвергенцією), тоді як решта країн мають ознаки дивергенції.

Південноамериканський регіон теж є доволі складним для виділення базової групи країн, оскільки найбільш розвинена система соціального захисту у Бразилії [1] та Венесуелі [9], однак активні процеси конвергенції чи дивергенції виділити доволі складно у зв'язку із слабкістю взаємозв'язків та спорідненостей всередині базової групи країн. Наразі можемо стверджувати, що формування локального центру конвергенції у південноамериканському регіоні все ще триває.

Висновки

Зарубіжна практика розвитку медичного страхування під впливом еволюційних змін, конвергентних, дивергентних процесів показала Україну, як країну, у якій домінують дивергентні процеси. Проте Україна направлена на централізований напрям розвитку (тобто конвергенцію) і перші кроки у даному напрямку реалізовані саме проведенням сучасної медичної реформи. Тому на даному шляху реформування з поміж прикладів розвитку медичного

страхування у Європейському, Азійському, Північноамериканському, Африканському, Персидському регіонах для України важливо врахувати досвід «старих» країн-учасниць Європейського Союзу, де переважають конвергентні процеси.

Література / References

1. Becerril, Victor and Medina, Guadalupe and Aquino, Rosana, Sistema De Salud De Brasil (Health System of Brasil) (2011). salud pública de méxico / vol. 53, suplemento 2 de 2011. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2130644>
2. Chemouni, Benjamin, The Political Path to Universal Health Coverage: Elite Commitment to Community-Based Health Insurance in Rwanda (December 3, 2016). ESID Working Paper No 72. Manchester: Effective States and Inclusive Development Research Centre, The University of Manchester. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2893122> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2893122>
3. Chernichovsky, Dov, The Jewish-Arab Divide in Life Expectancy in Israel. Economics & Human Biology, Vol. 3, No. 1, pp. 123-137, (March 2005). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=895321>
4. Gan, Lydia L. and Oviedo, Nina, Medical Tourism: A SWOT Analysis of Mexico and the Philippines (March 18, 2013). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2234866> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2234866>
5. Gómez-Dantés, Octavio and Sesma, Sergio and Becerril, Victor and Knaut, Felicia and Arreola-Ornelas, Héctor and Frenk, Julio, Health System In Mexico (Sistema De Salud De México) (July 01, 2011). Salud Pública Mex, 2011 July; 53 (supl 2): S220-S232. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2046686>
6. Health Systems in Transition (HiT) series: Countries and subregions (Germany HiT, 2014; Netherlands HiT, 2010; Switzerland HiT, 2000) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>
7. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics&Type=TABLE&preview=on#>
8. http://www.who.int/gho/health_financing/health_expenditure/en/
9. Kotsemir, Maxim, Measuring National Innovation Systems Efficiency – A Review of DEA Approach (August 1, 2013). Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP 16/STI/2013. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2304735> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2304735>
10. Liu, Gordon and Vortherms, Samantha A. and Hong, Xuezhi, China's Health Reform Update (March 2017). Annual Review of Public Health, Vol. 38, pp. 431-448. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2953210> or <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044247>
11. Scheil Adlung Xenia and Carrin Guy and Juetting, Johannes and Xu, Ke, What is the Impact of Social Health Protection on Access to Health Care, Health Expenditure and Impoverishment? A Comparative Analysis of Three African Countries. International Labour Office, 2006; ESS Working Paper No. 24. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=916703>