

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Окунський А. Р.

Акціонерна страхова компанія «Скарбниця»

У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу.

Світовий досвід показує, що напрямки вирішення проблеми забезпечення існування дієвої системи охорони здоров'я можуть бути різними, що підтверджується різноманітністю систем охорони здоров'я, які відрізняються, зокрема структурою джерел фінансування охорони здоров'я і організацією надання медичних послуг [1, ст. 201].

Від соціалістичного періоду своєї історії Україна успадкувала складну і малоефективну бюджетну систему фінансування охорони здоров'я, розвиток якої базувався переважно на екстенсивних засадах.

Соціально-політична криза в Україні призвела до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. Для прикладу, у складеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я рейтингу національних систем охорони здоров'я Україна посіла 79 місце із 191 країни світу, а за показником витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя, Україна займає 111-те місце серед 191 країни світу та восьме — серед країн СНД (пропустивши вперед не лише країни Балтії і Білорусь, а й Молдову).

За роки незалежності не відбулось кардинального реформування системи охорони здоров'я, проте, в міру стабілізації економіки, підвищення рівня населення виникла потреба у покращенні функціонування медичної системи.

Одним із шляхів до забезпечення належної організації охорони здоров'я, яка забезпечувала б право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, є розвиток системи страхової медицини. За допомогою системи страхової медицини вирішуються численні питання гарантованості доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Розглянемо проблемні питання удосконалення системи медичного страхування через призму введення обов'язкового державного медичного страхування та його співіснування із обов'язковим та добровільним медичним страхуванням, яке здійснюється страховими компаніями, а також питання вдосконалення існуючого медичного страхування.

Хоча час прийняти рішення стосовно реформування охорони здоров'я досяг свого піку вже давно, проте, на сьогоднішній день Україна, ще не готова до такого роду реформ. Першою проблемою на шляху до цього — відсутність законодавчої бази,

яка б чітко регулювала загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування та його функціонування із обов'язковим та добровільним медичним страхуванням, яке здійснюється комерційними страховими компаніями.

Друга проблема полягає в різному баченні чиновниками, страховиками та медиками моделі на основі, якої діятиме обов'язкове державне медичне страхування, шляхів фінансування та його співіснування із обов'язковим та добровільним медичним страхуванням.

В чому суть. В Україні не перший рік намагаються впровадити обов'язкове державне медичне страхування. Проект представлено на третє читання Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» викликав критику з боку страховиків та медиків. Зокрема, керівник медичного напрямку СК ЗАО «Європейський страховий альянс» п. Чернов А. Л. зазначив, що подібний законопроект «... не решает (кроме защиты интересов самого «фонда» естественно) никаких вопросов системы здравоохранения и улучшения качества обслуживания населения, проблем оплаты труда и ответственности врачей» [2, с. 10]. Основною ціллю законопроекту, зазначає далі п. Чернов А. Л. — є «Создание любой ценой «Фонда страхования» и обеспечение гарантированного и немедленного поступления в «Фонд» средств осталось главной целью составителей. Все принципиальные вопросы по организации, внедрению и разработке системы страхования) составление программ страхования, страховых тарифов, определение групп подлежащих страхованию, вопросы взаимоотношений с медучреждениями и т. д.) отложены «на потом»», як і співвідношення в ньому обов'язкового медичного та добровільного медичного страхування, яке існує в Україні та досить успішно розвивається, залишаються не врегульованими [2, ст. 9]. Принятие закона будет иметь самые негативные социальные последствия. Доверие к страховой системе, в случае принятия проекта в такой форме будет подорвано т. к. этот закон «продавливается» именно как закон о страховании но на самом деле к страхованию никакого отношения не имеет. Ни население, ни медики ни работающие уже на рынке страховые компании не получают от закона в такой форме — ничего. Создание «Фонда» (под прикрытием «Основ законодательства о социальном страховании» и работа такого «Фонда» «на себя» была и остаётся главной идеей проекта [2, с. 10].

Як бачимо, чиновників поки що більше зацікавило питання створення ще одної «кормушки» не міняючи при цьому самої системи охорони здоров'я. І даремно. Медики переконані, що потрібно реформувати всю систему, до того ж терміново. Оскільки, як запевняють вони, альтруїзму в медицині стає все менше і менше. Лікарям, особливо молодим, хочеться мати достойну заробітну платню, перспективи кар'єрного росту, можливості розвивати нові технології, надавати при цьому якісну медичну допомогу. Перепона на шляху до цього одна — недостатнє бюджетне фінансування галузі і відсутність можливості надавати медичні послуги на комерційній основі. Лікарі

запевняють, що для проведення реформи потрібна політична воля, якої на сьогодні на жаль немає, через те, що політики не можуть прийти до консенсусу і вирішити, кому буде дозволено управляти фінансами.

На круглому столі, що відбувся в редакції газети «Экономические Известия» в серпні 2005 року на тему «Обязательное медицинское страхование: надо или нет?» за участю медиків та страховиків, учасники круглого столу прийшли до єдиного висновку, що обов'язкове медичне страхування не можна здійснювати лише за рахунок держави.» Механическое увеличение финансирования здравоохранения не приводит к его эффективности. Да, улучшается материальная база, но мы забываем об интересе потребителя. Сейчас ввести дополнительный налог для формирования фонда медицинского страхования — утопия», — зазначив перший заступник голови правління СК «Інкомстрах» Віктор Дольник [3].

Баченням страховиків у вирішенні проблеми існування системи обов'язкового медичного страхування є впровадження бюджетно-страхової моделі за якої система фінансування охорони здоров'я буде здійснюватися на трьох рівнях: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування. Така модель зокрема закладена в проєкті Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування», який розроблений за участю представників комітету по охороні здоров'я, материнства і дитинства Верховної Ради України, комітетом по питаннях медичного і особистого страхування Ліги страхових організацій України, асоціації Українського медичного страхового бюро.

Згідно даного законопроєкту, медична допомога буде фінансуватися за рахунок бюджетних коштів — це буде перший рівень або базовий, життєзберігаючий.

Другий рівень — основний, здоров'язберігаючий — це обов'язкове медичне страхування, яке оплачується страховими компаніями, котрі мають відповідну ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування. До страхових компаній, котрі займаються обов'язковим медичним страхуванням ставляться особливі вимоги (досвід роботи, наявність належним чином підготовлених страхових продуктів, зокрема договорів страхування, наявність працівників з відповідним досвідом роботи, фінансові вимоги тощо).

Третій рівень — сервісний, який фінансуватиметься за рахунок програм добровільного медичного страхування та покриватиме все те, що не покривається двома попередніми рівнями.

Для ефективного функціонування бюджетно-страхової моделі пропонується затвердити наступну структуру:

Українське медичне страхове бюро (УМСБ) (функції: координуватиме діяльність страховиків, здійснюватиме загальний контроль за правилами страхування, тарифами, умовами та якістю наданих медичних послуг тощо). УМСБ складатиметься із Наглядової ради та Виконавчої дирекції.

Гарантійний фонд медичного страхування, який наповнюватиметься за рахунок відрахувань валових доходів страховиків за програмами обов'язкового медичного страхування. Згаданий фонд гарантуватиме, зокрема виконання гарантій, які не зміг виконати страховик.

Страхові компанії, котрі отримують ліцензію на зайняття відповідним видом страхування.

Медичні заклади, котрі отримують право на надання відповідних медичних послуг.

Трьох рівнева бюджетно-страхова модель окрім впровадження багатоканального фінансування системи охорони здоров'я та різних рівнів надання медичного обслуговування з правом добровільного вибору громадянами рівня отримання медичної допомоги, дозволить вирішити проблеми у сфері охорони здоров'я, що може значно поліпшити якість та повноту надання медико-санітарної допомоги всім категоріям населення з дотриманням вимог щодо захисту прав пацієнтів.

Переваги розробленої концепції введення системи обов'язкового медичного страхування в порівнянні із проектом Закону України «Про загальнообов'язкове медичне страхування» є наступними:

- цільове та децентралізоване формуванні фінансових ресурсів, які спрямовані не в бюджет, а безпосередньо на потреби закладів охорони здоров'я, завдяки чому втрачається характерна загальним надходженням безадресність та анонімність;

- включення цільових внесків в собівартість продукції підприємств, що забезпечить більш стійкий процес надходження внесків на потреби охорони здоров'я;

- відокремлення фінансування від надання медико-санітарної допомоги, залученні в систему незалежної фінансової структури в особі страховика — страхової організації, яка є членом Українського медичного страхового бюро та має ліцензію Міністерства фінансів України на цей вид страхування. Введення «третьої сторони», відповідальної за фінансування та контроль якості медичної допомоги, суттєво змінює механізм фінансування закладів охорони здоров'я та умови для проведення незалежної експертизи діяльності цих закладів;

- прямій участі роботодавців та працівників в процесі формування фінансових ресурсів обов'язкового медичного страхування, що формує нове відношення роботодавців та працівників до проблеми охорони здоров'я, так як охорона здоров'я набирає економічний вимір;

- наданні медико-санітарної допомоги трьох рівнів: 1-й рівень за рахунок бюджетних коштів, 2-й рівень за рахунок обов'язкового медичного страхування, що проводиться на першому етапі на протязі двох років державною страховою компанією, а на другому етапі з підключенням недержавних страхових компаній та 3 рівень за рахунок добровільного медичного страхування.

Таким чином система обов'язкового медичного страхування візьме під свій контроль процес надання медичної допомоги. В створених страхових програм вона визначить об'єм державних зобов'язань по фінансуванню медичної допомоги, а також забезпечить гарантований мінімум з однаковою належною якістю для всіх груп населення України.

Добровільне медичне страхування. Сегмент добровільного медичного страхування займає друге місце по темпах росту після автомобільного страхування, зокрема показник страхових премій за дев'ять місяці 2006 року в порівнянні із тим самим періодом у 2005 році зріс на 38,6 млн. грн. Проте, коло споживачів такої послуги все одно залишається доволі обмеженим.

Основною категорією страхувальників по добровільному медичному страхуванню залишаються юридичні особи.

Така ситуація склалася, перш за все, через саме не бажання страховиків працювати із простими громадянами, які приходять з вулиці. Виключення становлять директори, власники фірм, автомобілів або особи, які вже застраховані по якомусь виду страхування в даній страховій компанії.

Осторога спровокована тим, що бажання застрахуватися у більшості із наших громадян виникає лише при відчутті близької хвороби, при виникненні якої «витягуються» із страховика «усі можливі соки».

Наявні обставини вимагають від страховиків приймати найрізноманітніші міри відлякування пересічних громадян, зокрема: високими тарифами, проходженням за власний кошт медичного огляду у профільних лікарів, віковим цензом, наполяганням на сімейному страхуванні (коли страховик погоджується виписати поліс, якщо такий вид страхування придбає уся сім'я із не менше ніж чотирьох чоловік).

Проте, це не означає, що всі страхові компанії однаково упереджено ставляться до громадян, та що така тенденція зберігатиметься і надалі. Як показують тенденції розвитку добровільного медичного страхування, кількість громадян, котрі бажають отримати поліс медичного страхування росте з року в рік, такі тенденції змушують страховика задовольняти і роздрібний попит.

Страхові продукти, які пропонуються на даний час страховими компаніями, в більшості випадків є стандартними і включають програми, які можна придбати як окремо так і комплексно. Крім того, вони (страхові продукти) гарантують у випадку настання страхового випадку виплату страхового відшкодування безпосередньо медичній установі, чим забезпечується можливість вибору медичної установи та лікуючого персоналу, контроль та експертизу за якістю лікування, що дає відчуття захищеності застрахованим особам.

Стереотип про те, що страховики надають перевагу співпраці виключно із дорогими комерційними клініками є невірним. Все залежить виключно від того, скільки

клієнт готовий заплатити та що він хоче отримати в заміні, при тому, що контроль за якістю лікування проводиться однаково як в дорогих клініках так і державних та комунальних медичних установах.

Питання ціни поки що залишається болючим. На даний час дійсно, поліси добровільного медичного страхування можуть дозволити собі лише достатньо забезпечені громадяни. Проте, як стверджують самі страховики, така ситуація зберігатиметься не довго. Поступове наповнення ринку новими страховими компаніями, які пропонуватимуть практично стандартні програми страхування сприятиме підвищенню конкуренції на ринку медичного страхування, що призведе до зниження цін, що зробить страховий продукт більш доступнішим для різних верств населення. Крім того, страховики схиляються навіть до того, що включатимуть в програми страхування такі захворювання як туберкульоз, цукровий діабет, онкологію.

Як бачимо, добровільне медичне страхування зможе виступити важливим елементом в якості ефективного доповнення до обов'язкового медичного страхування, забезпечуючи оплату затрат за надану медичну допомогу понад рівень, який гарантується обов'язковим медичним страхуванням.

Підводячи підсумки, слід відзначити, що в Україні поступово формується перспективна система організації медичного страхування, однак вона потребує суттєвого удосконалення.

Робота на шляху до цього уже ведеться, про це свідчить наявність кількох законопроектів, які подані на розгляд Верховної ради України та містять плюралістичні бачення схем побудови системи регулювання обов'язкового державного медичного страхування як одного із елементів на шляху до реформування системи охорони здоров'я, що свідчить про пошук оптимальної довгострокової концепції, яка буде враховувати як фінансово-економічний стан держави, так світовий досвід.

Необхідним вважається також проведення ряду заходів організаційного характеру, у тому числі, прийняття нормативно-правових актів, які б забезпечили вирішення таких важливих проблем як:

1. Забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування.
2. Створення умов розвитку добровільного медичного страхування в якості ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування.
3. Посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування.

4. Законодавче врегулювання питання щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) включення витрат на сплату страхових платежів за договорами добровільного медичного страхування своїх працівників до складу собівартості продукції.

5. Підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко встановлених критеріїв.

6. Забезпечення надходження коштів у систему добровільного медичного страхування, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги.

7. Забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

Така система заходів дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги, зменшить навантаження на державний та місцеві бюджети та долю тіньової медицини в системі медичного обслуговування, допоможе уникнути необґрунтованих витрат на надання зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку, підвищить фінансовий стан працівників медичних установ.

Література

1. Страхування: Підручник // Керівник авт. колективу і наук. Ред. С. С. Осадець — Вид. 2-ге, перероб. і доп. — КНЕУ, 2002.

2. Краткий анализ проекта закона «Об всеобщезательном социальном медицинском страховании» предлагаем на третье чтение в Верховный совет Украины. Юридический и экономический аспект // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 2002.

3. Н. Недашковская. Преждевременные роды // Экономические Известия № 201(103), 2005.