

МІСЦЕ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ

Ящищак О. Р.

Тернопільський національний економічний університет

В наш час в Україні, на відміну від минулого, ініціатива добровільного медичного страхування належить не роботодавцям і соціальним структурам органів влади, а в основному медичним працівникам, які не є знавцями страхової справи як специфічної економічної галузі, бо медицина і страхування хоч і пов'язані між собою, але все ж таки різні галузі діяльності. Сучасне добровільне страхування не має, як і в Росії, законодавчих заохочувальних стимулів, що не сприяє його поширенню.

Створенням і організацією діяльності страхових структур повинні займатися фахівці страхової справи, економісти та юристи за участю медичних працівників. Тому помилкою є створення в ряді випадків лікарняних кас при медичних закладах і діяльність їх під керівництвом головних лікарів, а не виборних самоврядними органами застрахованих.

На відміну від минулого, теперішнє добровільне медичне страхування не набуло ще такого поширення, щоб стати базою для впровадження обов'язкового страхування, та й вводиться воно з усіх видів соціального страхування не першим, як колись, а останнім — після впровадження обов'язкового страхування пенсійного, від нещасного випадку, при безробітті та на випадок втрати працездатності, тоді як соціальне медичне страхування (на випадок хвороби) є найбільш нагальним. Вивчення і практичне використання минулого вітчизняного страхового досвіду, а також наслідків реформування охорони здоров'я в інших країнах, сприятиме більш ефективному запровадженню всіх форм медичного страхування в Україні.

Єрмілов В. С. підкреслює, що сьогодні медичне страхування повинно починатися з добровільного страхування. Зараз превалує комерційна форма, а найбільш вигідна для пацієнта — некомерційна форма (лікарняні каси) — поки що не отримала належного розвитку і потребує вдосконалення організації та діяльності [1; 49].

В Концепції розвитку охорони здоров'я населення України визначена мета реформування галузі [6; 4]. Це — підвищення ефективності використання ресурсів, створення прозорих фінансово-економічних механізмів нагромадження і використання коштів, необхідних для реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу. Концепція передбачає системні зміни в економічній сфері, в першу чергу, суттєве розширення позабюджетних джерел фінансування охорони здоров'я. Серед них чільне місце будуть посідати загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, благодійних фондів, цільові медичні збори, добровільні внески та

пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг. Визначено, що кошти державного і місцевих бюджетів та страхових внесків будуть спрямовані на забезпечення гарантованого державою рівня та обсягу медичного обслуговування. Бюджетні кошти стануть основним джерелом фінансування цільових галузевих програм. Фонди добровільного медичного страхування та територіальних громад забезпечать індивідуальні потреби населення в медичній допомозі понад гарантований базовий рівень. Концепцією передбачено обов'язковість дотримання та належного фінансування закладів охорони здоров'я усіх форм власності; розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги, визначено розподіл функцій між державою та територіальними громадами щодо забезпечення медичного обслуговування населення, створення секторів загальнодоступної медичної допомоги та додаткових можливостей, чітко розмежовані первинний, вторинний і третинний рівні медичного обслуговування, обсяги допомоги на кожному з них.

Колоденко В. О., Тищук М. М. доводять, що згідно досвіду багатьох країн, розширення участі громадян позитивно впливає на вирішення проблем фінансування, управління, контролю якості та ефективності медичної допомоги. Завданням, можливо навіть місією, об'єднань українських лікарів є ініціація і підтримка такого партнерства в якомога більш широкому просторі у всіх регіонах України [2; 39].

В плані державного регулювання для цього необхідне точне визначення обсягу та критеріїв оцінки якості медичної допомоги, а на рівні регіонального регулювання визначення обсягу і механізмів фінансування в залежності не від форми власності та організаційної структури закладу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а від кількості і якості роботи. Питання фінансування та управління закладами повинні вирішуватися разом з громадою з урахуванням специфіки кожного регіону.

З досвіду країн Східної Європи перехід на контрактні умови у відносинах між учасниками системи медичної допомоги та державою є найбільш прийнятним механізмом підвищення продуктивності і в діяльності ЛПЗ. Контрактні умови через систему тендерів — це є еволюційний шлях до реструктуризації державних лікувальних закладів. Наявність цих процесів є свідченням позитивних змін в процесі оптимізації систем охорони здоров'я.

Другий обов'язковий компонент реформ — це захист фінансових ресурсів населення, які залучаються в охорону здоров'я. Саме медичне страхування може бути найбільш прийнятним механізмом захисту споживача.

Страхування ризиків в медичній сфері дозволяє:

- більш чітко розподілити відповідальність за здоров'я між державою та населенням (державні програми та обсяг медичних послуг за страховим полісом);
- підвищити відповідальність населення за збереження свого здоров'я та лікувальних закладів за якість медичних послуг, упорядкувати витрати населення на надання

послуг та створити прозору і зрозумілу систему залучення коштів в систему охорони здоров'я;

— підійти до вирішення найбільш значущої проблеми в системі суспільних відносин солідарної відповідальності за стан здоров'я різних прошарків населення.

При цьому Колоденко В. О. підкреслює, що стратегія діяльності лікарняних кас та фондів сприяння здоров'ю, побудованих на принципах благодійності, в більшості випадків спрямована не на захист населення, а на створення умов для діяльності ЛПЗ. Крім того, значна частина цих фінансових інституцій створена за участю виробників медичних послуг та фармацевтичних фірм. Саме такі ознаки притаманні організаціям, що обстоюють свої корпоративні інтереси, а діяльність спрямована на задоволення своїх потреб, а не населення. Це не тільки суперечить принципам медичного страхування, але й філософії соціального захисту населення. А залучення медичних працівників до діяльності щодо створення фінансових пірамід просто аморальне. Легалізація умов фінансового здирства звичайно ж не може розглядатися через призму захисту населення, це є небезпечним прецедентом державної бездіяльності [3; 7].

Обов'язковими компонентами системи реформ, на думку багатьох авторів, повинні стати заходи, спрямовані на розподіл функцій установ, які займаються акумуляцією коштів від населення чи держбюджету і ресурсним забезпеченням ЛПЗ. Це може бути втілене через організацію ресурсних центрів. Створення останніх дозволить:

— акумулювати фахівців з проблем маркетингу та економістів в галузі технологічного та медикаментозного забезпечення галузі;

— всі операції щодо закупки ресурсів проводити за умов тендерних досліджень, для чого організуються єдині тендерні групи по регіонам;

— створити чітку і прозору систему ресурсних та фінансових потоків на території;

— знизити вартість обладнання та медикаментів більш як на 10—15%;

— створити умови одержання обладнання та інших матеріалів по лізингу і використати інші механізми оплати ресурсів охорони здоров'я.

Фаховий підхід до проблеми ресурсного забезпечення дозволяє уникнути необґрунтованості закупок, сумнівних угод, нецільового використання фінансів. Схема діяльності ресурсних центрів за моделлю багатоканального фінансування закладів забезпечує не тільки ефективне використання ресурсів у галузі медичної допомоги, але і створює необхідні умови переходу на нові принципи управління системою. Створення неприбуткових підрозділів (ресурсні центри) дозволяє уникнути виконання нехарактерних функцій існуючими управліннями охорони здоров'я, численними фондами і страховими компаніями. А головне, при цій схемі є надія на повернення довіри до медичної галузі та до держави в соціальній політиці. В цій схемі управління охорони здоров'я мають можливість сконцентрувати зусилля на розробку політики в галузі охорони здоров'я та ідеології державних та регіональних програм медичної допомоги населенню.

Особливе місце в роботі органів управління набуває контроль за якістю медичних послуг. Звільнивши страхові компанії та фонди сприяння охороні здоров'я від невлас- тивої роботи щодо ресурсного забезпечення ЛПЗ, вони одержують можливість спря- мувати свою діяльність на вдосконалення медичних програм та збільшення охоплення населення медичним страхуванням.

Р. М. Макомела підкреслив, що при введенні в Україні, і зокрема в Києві та Київ- ській області медичного страхування, будуть діяти інші, ніж, наприклад в РФ, правила. Так, страховий поліс киянина буде діяти в області, а поліс Київської області — в місті. Це пов'язано з тим, що велика кількість людей з області працює в Києві і навпаки, ба- гато киян мешкають в області, особливо в літній період. Гроші обов'язкового медич- ного страхування будуть витрачатися на заробітну платню медикам, купівлю медика- ментів, харчування, що отримує хворий в стаціонарі, м'який інвентар, тобто витрати, що мають відношення безпосередньо до людини, сюди не увійдуть оплата енергоносі- в, капремонт тощо [4; 10].

Фонд (а не страхова компанія) медичного страхування має бути створений на зра- зок пенсійного. Це буде державна неприбуткова організація, що згідно договорів з лі- кувальними закладами, сплачує всі види медичної допомоги по єдиним прейскурантам цін. Дуже важливо, що в фонді не буде вільних коштів, всі гроші, що він накопичува- тиме, підуть на виконання програми страхування. В українській системі страхування не буде страхових компаній.

Після ознайомлення з світовим досвідом реформ в охороні здоров'я українські фахівці переконалися, що страхова компанія — це додаткова ланка на шляху грошей від фонду медичного страхування до пацієнта. Вони накопичують вільні кошти та хо- вають їх від інфляції в цінних паперах. Тобто заробляє не фонд, а банки. Кошти по- винні бути чітко спрямовані, підконтрольні та працювати в одному напрямку — на охорону здоров'я пацієнта. Тому зроблено такий проект закону, щоб унеможливити зловживання страховими коштами. Прямі стосунки між державою та пацієнтом — га- рантия надання безкоштовної медичної допомоги. Договір з фондом укладатимуть усі клініки, незалежно від форм власності (муніципальні, державні, приватні), науково- дослідні інститути, приватно-практикуючі лікарі, якщо вони акредитовані та мають ліцензію відповідно до чинного законодавства. Ця система не виключає добровільного страхування, всі види страхування можуть існувати паралельно.

Відмічено, що існують стандарти лікування, адаптовані до наших фінансових умов, і їх можна використовувати для постановки діагнозу чи проведення лікування [4; 10].

Узагальнюючи питання реформування галузі, Прудіус П.Г. виділяє основні нап- рамки щодо завершення переходу від старої системи охорони здоров'я до системи ме- дичного страхування. Це:

— запровадження системи багатоканального фінансування охорони здоров'я і

удосконалення оплати праці медичних працівників на основі пріоритету обов'язкового соціального медичного страхування;

— пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини і відповідна реструктуризація галузі;

— упорядкування мережі закладів первинної, вторинної і третинної медико-соціальної допомоги;

— здійснення заходів щодо децентралізації і роздержавлення медичних закладів шляхом їх автономізації та приватизації; сприяння індивідуальній лікарській практиці; створення умов для здорової конкуренції між медичними закладами і лікарями, яка сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги;

— вдосконалення методів управління галуззю на державному та регіональному рівнях, створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я на підставі широкого використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів та засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби;

— централізація медико-санітарної служби;

— розробка раціональної системи акредитації медичних закладів і ліцензування лікарів, яка б не гальмувала, а сприяла розвитку різних видів медичної допомоги;

— створення системи забезпечення і контролю якості медичної допомоги на основі розроблених стандартів якості;

— удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях;

— поліпшення медичного обслуговування сільського населення;

— удосконалення охорони здоров'я матерів, дітей та підлітків, осіб похилого віку, інвалідів і тих, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;

— опрацювання засобів правового захисту пацієнтів і медичних працівників, правового забезпечення реформування та функціонування галузі;

— розробка і впровадження в практику сучасних методичних технологій, ефективних методів діагностики, профілактики, лікування і реабілітації;

— організація диспансеризації певних груп здорових і хворих людей та проведення профілактичної роботи в медичних закладах за сучасних умов;

— розширення прав, удосконалення організації, і підвищення ефективності роботи санітарно-епідеміологічної служби в умовах ринкової економіки;

— підвищення рівня санітарної культури населення, розробка форм і методів морального і матеріального стимулювання здорового способу життя;

— пропаганда необхідності реформування системи охорони здоров'я, її мета та засоби здійснення серед різних груп населення, включаючи медичну громадськість, політиків, адміністраторів і підприємців;

- підготовка висококваліфікованих фахівців у галузі організації та управління охороною здоров'я, здатних здійснити реформу галузі;
- удосконалення системи медичної науки і освіти;
- поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі тощо [7; 69].

Реформи системи охорони здоров'я займають ведуче місце в соціальній політиці урядів більшості країн світу. Це пояснюється різким зростанням витрат на охорону здоров'я, при цьому в багатьох країнах збільшення витрат випереджає темпи зростання валового національного продукту. Однак значне збільшення витрат не приводить до так же значного поліпшення стану здоров'я.

Навколо моделей фінансування охорони здоров'я ведеться безліч суперечок. Досвід показує, що успіхи і невдачі бувають при будь-якому типі фінансування. Єдиним очевидним фактом є те, що нерегульоване приватне страхування поганий спосіб забезпечення всього населення всіма видами медичної допомоги. Велике значення для вибору відповідної моделі охорони здоров'я мають також конкретні історичні традиції даної держави.

З урахуванням існуючої ситуації повинна вибиратися така модель, яка дозволить досягнути поставлених цілей, це може бути модель, в якій поєднуються різні елементи існуючих в світі систем.

Реформування більшості національних систем охорони здоров'я починається з фінансування. Можна сформулювати наступні базові принципи, що дозволяють визначити вибір механізму фінансування охорони здоров'я, причому вони повинні застосовуватися тільки там, де це можливе:

1. Охоплення населення медичною допомогою повинно бути повним, фінансування охорони здоров'я забезпечується участю трьох сторін (роботодавці, наймані працівники, держава). Частка кожної сторони чітко визначена в залежності від необхідних для охорони здоров'я надходжень.

2. Внески, що виплачуються роботодавцями, повинні засновуватися на обороті, прибутку або яких-небудь інших показниках, що зменшує їх вплив на виплати працюючим.

3. Надходження коштів від приватних осіб (працюючих по найму або обслуговуючих своє підприємство) і роботодавців в служби охорони здоров'я повинні чітко простежуватися. Пенсійні організації, фонди для безробітних і держава повинні перераховувати певну суму внесків за осіб, що не мають можливості платити самостійно. Державні субсидії не повинні надаватися для компенсації персональних видів обслуговування, що не охоплюються системою страхування.

4. Внески, що поступають від найманих працівників або працюючих не по найму окремих осіб (або асигновані на медичне обслуговування податки), повинні бути

пов'язані з рівнем прибутку, базуватися на валовому прибутку і покривати витрати на утриманців.

5. Податки на товари, шкідливі для здоров'я, повинні прямувати на потреби охорони здоров'я.

6. Управління фінансами в області охорони здоров'я має бути зосереджене в незалежному органі, що контролюється вкладниками (при наявності чітко певних юридичних повноважень).

7. Повинен бути визначений пакет основних послуг, на які мають право застраховані. Необхідний механізм, що дозволяє нормувати використання необов'язкових видів лікування або скоротити виплати лікарям у разі представлення ними завищених рахунків.

8. Розміри внесків можуть збільшуватись тільки як складові державної соціальної політики і політики в області охорони здоров'я.

Література

1. Єрмілов В. С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 48—50.

2. Колоденко В. О., Тишук М. М. Реорганізація амбулаторно-поліклінічної мережі. Участь громадськості // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 37—40.

3. Колоденко В. О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 5—9.

4. Макомела Р. (інтерв'ю) Принцип страхування: багатий платить за бідного, здоровий — за хворого // Здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 10—11.

5. Москаленко В. Ф., Пономаренко В. М. Концепція розвитку охорони здоров'я — стратегія реформування галузі // Лікарська справа. — 2001. — № 1. — С. 3—9.

6. Перспектива — 2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. Громадська ініціатива за здорову націю. — «Пульс України». — К., 1999 р.

7. Прудіус П. Г. Реформування охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях (міні-огляд) // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 66—70.