

ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Анотація. Обґрунтовано необхідність упровадження соціального медичного страхування та розглянуто шляхи розвитку. Досліджено проблеми фінансування закладів охорони здоров'я у зв'язку з запровадженням медичного соціального страхування.

Ключові слова: соціальне медичне страхування, бюджетування медичних закладів, соціальні технології страхування.

Вступ. Страхування - один з основних способів, до яких вдаються люди й різні підприємства для зниження втрат від ризикових ситуацій. Основна мета страхування полягає в зменшенні ризику (втрат від ризику), який різні суб'єкти повинні нести, у перекладанні ризику на тих, хто охочіше (або перебуваючи в кращому становищі) готовий його нести. Механізм страхування включає об'єднання ризиків і їх перерозподіл. Соціальні технології впровадження медичного страхування, перш за все, мають бути спрямованими на визначення економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких його стримує.

Постановка завдання. Об'єктивне збільшення медичних потреб населення відбувається на фоні зменшення можливостей системи охорони здоров'я. Загальна економічна криза особливо болюче позначилася на стані галузі. Тому впровадження необхідних соціальних технологій у медичному страхуванні та вдосконалення законодавчої бази, що регулює проблеми фінансування закладів охорони здоров'я, досить доцільні на сучасному етапі.

Значний внесок у розробку методологічних та організаційних засад аналізу діяльності закладів охорони здоров'я й розвитку страхового медичного сектора зробили такі вчені як І. П. Артюхов, Е. А. Юрьєва, М. А. Боллох, А. П. Заросило, М. І. Баканов, А. Д. Шеремет, В. І. Іващенко. Однак сьогодні в Україні відчувається значний дефіцит спеціальних досліджень, які стосуються безпосередньо економіки охорони здоров'я, зокрема організації її фінансового забезпечення, бракує конкретних методичних розробок щодо аналізу кошторисних видатків медичних установ.

Результати. Розглядаючи кошти державного бюджету, бюджетів місцевого та регіонального рівнів як джерело фінансових ресурсів медичної галузі потрібно зазначити, що бюджетне фінансування забезпечує: можливості для рівного доступу до медичної допомоги; можливість оптимізації системи охорони здоров'я в національному масштабі; відносну простоту технологій фінансування й оплати праці в цій сфері. Але існують і інші можливі джерела фінансування системи охорони здоров'я та напрямки їх використання (рис.1).

Відтоді як Україна здобула незалежність, суттєвих змін у структурі та організації системи охорони здоров'я не сталося, оскільки:

- нестача державних коштів веде до заміщення безоплатної медичної допомоги платною, відбувається нерегульоване та неконтрольоване зростання цін на медичні послуги і поширюється неофіційний ринок надання медичної допомоги;
- заходи щодо формування багатоканального фінансування здійснюються повільними темпами;
- за показником витрат у розрахунку на одного мешканця Україна у 2008 р. посідала 120-те місце серед 195 країн світу і 7-ме – серед пострадянських республік;

- державні та комунальні медичні заклади продовжують залишатися в статусі бюджетних установ;
- погіршення стану здоров'я населення внаслідок зниження рівня життя та забруднення навколишнього середовища;
- недосконалість існуючої нормативно-правової бази та її неповна відповідність міжнародним вимогам;
- структура фінансових надходжень призводить до порушення ключових принципів організації систем охорони здоров'я;
- темпи технічної модернізації медичних установ не відповідають реальним потребам;
- заробітна плата медичного персоналу залишається досить низькою і не залежить від обсягу і якості роботи, склалася негативна кадрова ситуація [3].



Рис. 1. Джерела формування та використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я

На тлі зростання захворюваності бюджет держави не забезпечує основні потреби охорони здоров'я. Тому впровадження медичного страхування - головне завдання як на державному рівні (у плані прийняття нормативних актів), так і на місцевому (проведення значної підготовчої роботи всіх рівнів закладів охорони здоров'я). Вихід із ситуації, що склалася, експерти галузі бачать у системі багатоканального фінансування,

де особливу роль буде відведено медичному соціальному страхуванню, коли замовником медичних послуг є страховик, який оплачує реально надані послуги і контролює їхню якість. Цей метод існує у багатьох країнах і довів свою ефективність. За прогнозами, із упровадженням обов'язкової страхової медицини сума грошових коштів, що виділяються на рік на медичне обслуговування однієї особи, може збільшитися вдвічі [4].

Соціальні технології впровадження медичного страхування можуть здійснюватися та розвиватися лише під впливом певних економічних, правових та соціальних чинників, які в нашій країні не стимулюють цей процес, а навпаки, гальмують його. До таких чинників можна віднести:

- відсутність достатнього позитивного досвіду в населення;
- обмеженість кількості страхових компаній, що мають достатній досвід проведення якісного медичного страхування;
- значний тиск із боку податкового законодавства, що практично зводить нанівець страховий інтерес працедавця в проведенні медичного страхування працівників підприємств і членів їх сімей;
- обмеженість можливості проведення медичного страхування за рахунок коштів громадян через низький рівень реальних доходів населення, затримки виплати заробітної плати та збільшення чисельності населення, що не працює;
- соціальна невизначеність статусу та перспектив медичного страхування;
- зниження рівня медичної допомоги через обмежений рівень постатейного бюджетного фінансування установ охорони здоров'я [5].

Фінансове забезпечення - одна з обов'язкових умов належної якості медичного обслуговування, той важливий чинник, що впливає на розвиток охорони здоров'я та галузі в цілому. Фінансове забезпечення має підкріплення на законодавчому рівні. Так, стаття 49 Конституції України проголошує, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а держава стимулює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [1]. Також у статті 18 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» йдеться про те, що громадяни мають право на медичне страхування [2]. Згадана стаття Конституції України не заперечує можливість використання для фінансування системи охорони здоров'я додаткових джерел фінансування. Цей факт має дуже важливе значення з огляду на реальну неможливість забезпечення належного фінансування зазначеної галузі лише за рахунок бюджету.

У сучасних умовах залучення коштів від упровадження соціального медичного страхування вкрай важливе для розвитку галузі. Контроль держави за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги має збільшуватися як за рахунок бюджетного фінансування, так і в значній мірі за рахунок додаткових джерел фінансування охорони здоров'я. Ними можуть бути:

- кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- кошти добровільного медичного страхування;
- кошти накопичувальних фондів територіальних громад;
- кошти благодійних фондів;
- благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб;
- кошти, одержані за надання платних медичних послуг;
- інші джерела, не заборонені законодавством [6].

Запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування передбачає виділення самостійних суб'єктів, між якими складаються договірні відносини. Це поліпшує порядок фінансування лікувальних закладів. Якщо за бюджетного фінансування кошти виділяються на утримання самих лікарень, поліклінік, то за медичного страхування кошти адресуються пацієнтам. Кошти повинні надходити

до закладів охорони здоров'я у вигляді плати за надану медичну допомогу і медичні послуги.

Зазнати перебудови повинна загальна схема фінансування галузі, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, яка фінансується за активної участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування.

Суттєве й питання економічних розрахунків медичного страхування. У сучасних умовах у страховій медицині необхідно сформулювати продуману державну й регіональну політику цін, оскільки штучне стримування їх на послуги охорони здоров'я знижує якість медичної допомоги населенню. Але в цілому має підтримуватись відповідність між темпами зростання доходів населення, показниками стану здоров'я й темпами зростання цін на медичні послуги.

Система медичного страхування повинна складатися з трьох частин. Перша – це планування мінімальних коштів у бюджеті, через які забезпечується надання мінімальної безоплатної медичної доплати для всіх категорій населення, включаючи непрацездатних. Друга частина страхової медицини повинна бути пов'язана з уведенням обов'язкового медичного страхування громадян за рахунок коштів суб'єктів підприємницької діяльності, а також фізичних осіб. Обов'язкове медичне страхування повинно здійснюватись виключно на комерційних засадах у страхових компаніях, які мають на це відповідні ліцензії.

Зміна загальної схеми фінансування галузі має підкріплюватись на законодавчому рівні. У Верховній Раді знаходяться кілька відповідних законопроектів, проте жоден із них не компромісний. Зокрема, на розгляді депутатів знаходиться законопроект № 3155 «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», яким пропонується запровадити в Україні з 1 січня 2010 р. загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Автори законопроекту вважають одним з можливих напрямів реформування медицини перехід від системи виключно бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я до нової, бюджетно-страхової моделі, що базується на соціальному страхуванні. Вона припускає фінансування цільовими страховими внесками працевластиваних, фондами соціального страхування, державою, а також за бюджетні кошти різних рівнів.

Третя частина страхової медицини припускає, що медичне страхування буде здійснюватись Фондом загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Його територіальні управління і відділення укладатимуть договори з установами охорони здоров'я, здійснюватимуть оплату наданої медичної допомоги, контролюватимуть її якість. Законопроект зберігає риси існуючої системи охорони здоров'я: надання безкоштовної медичної допомоги, загальний характер, доступність та підсилює відповідальність держави, підприємств, організацій і установ охорони здоров'я.

Висновки. Для розвитку ринку медичного страхування дуже важливо об'єднати зусилля страховиків, інших зацікавлених у цьому сторін, щоб досягти відчутних практичних результатів. Саме практичні результати стануть вагомим аргументом у дискусії про соціальні технології розвитку медичного страхування в нашій країні з повноправною участю страхових організацій.

У ході ринкових перетворень витрати на медичні послуги фактично лягли на громадян, і це в той час, коли рівень реальної заробітної плати в Україні значно низився. Наприклад, найрозвинутіші країни Заходу належний доступ до системи охорони здоров'я забезпечують головним чином завдяки розвинутій страховій медицині та високим сімейним доходам. І деякі кроки в цьому напрямі робилися і в

нашій країні, але, на жаль, безуспішно. Не дає помітних зрушень щодо збільшення фінансування витрат на охорону здоров'я населення і добровільне медичне страхування, що впроваджується, оскільки розвиток страхової медицини в нашій країні гальмується також украй низькими доходами на душу населення, а ціна поліса у добровільному медичному страхуванні досить висока (від 2442 до 8175 грн, залежно від класу страховки). Адже, як переконує зарубіжний досвід, страхова медицина забезпечує високий рівень медичного обслуговування тільки в тих країнах, що характеризуються високими доходами на душу населення.

Більшість страховиків в умовах фінансової-економічної кризи все частіше відмовляються працювати з фізичними особами, аргументуючи це збитковістю такої діяльності, та скорочують діючі програми. Однак уже у 2010 р. в планах багатьох страхових компаній буде спостерігатися активізація на ринку добровільного медичного страхування.

Фінансова нестабільність, млявий розвиток медичного страхування супроводжуються недовірою до страхових компаній із боку населення. Без повернення довіри українців до страхових інститутів не може бути встановлений цивілізований страховий ринок у країні. Сама тільки наявність достатніх коштів у населення не забезпечить появи бажання страхуватися. Більшість громадян не усвідомлює необхідності та потреби в страхуванні. Значний опір також спостерігається з боку лікарів, які працюють у державному секторі охорони здоров'я. Вони не вірять у можливість страхової медицини суттєво змінити розмір заробітної плати. Особливості поведінки населення криються в національному менталітеті: українці з роками набули негативного ставлення до медичного страхування, в той час як у європейських країнах поліс медичного страхування – невід'ємний елемент соціального статусу в суспільстві. Відновлення позитивного ставлення до медичного страхування, підвищення рівня доходів на душу населення мають стати першочерговими завданнями для реформування системи соціальної страхової медицини в цілому.

Література

1. Конституція України : прийнята на V сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Преса України, 1997. – 80 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.rada.gov.ua>.
3. Попкова В. Д., Шипуліна М. О., Ковальчук Г. С. Проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні//Економічний простір. – 2009. - № 24. – с. 83-89.
4. Новосельська Л. І. Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні//Науковий вісник. – 2008. - № 18.1. – С. 82-85.
5. Карпенко К. І. Соціальні технології впровадження страхової медицини. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.zn.ua/>.
6. Глухова В.І., Красільнікова В.Ю. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України // Вісник КДПУ ім. Михайла Остроградського. – 2009. - №2 / 2009 (55) Частина 1. – с. 108-112.

Summary. In the article grounded necessity of introduction of social medical security and the ways of development are considered. Problems of financing of establishments of health protection in connection with introduction of medical social security are explored.

Keywords: social medical insurance, budgeting of medical establishments, social technologies of insurance.

Стаття надійшла до редакції 12.03.2010