

УДК 369.06

## ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

*Кісельов Є.М., Бурлаєнко С.В., Свиридюк В.В., Воронцова М.О., Гориславець П.А.*  
ЗАТ СК "ІнтерТрансПоліс", м. Київ

**Ключові слова:** медичне страхування, медицина залізничного транспорту, державно-корпоративне медичне страхування.

Під час формування ринкових відносин та реструктуризації усіх галузей народного господарства України виникає потреба у створенні принципово нового механізму соціального захисту населення. Одним з найважливіших завдань держави у соціальній сфері є забезпечення конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу [5, 6, 7].

У сфері охорони здоров'я в світі спостерігаються дві найважливіші негативні тенденції. По-перше, збільшення кількості серцево-судинних, онкологічних та деяких інших важких захворювань та поява нових хвороб (ВІЛ-інфекція), лікування яких потребує великих витрат; по-друге, зростання вартості медичної допомоги у зв'язку з появою новітніх медичних технологій. Обидві тенденції зумовлюють істотне підвищення потреби системи охорони здоров'я в фінансових ресурсах [6].

Система охорони здоров'я в Україні сьогодні перебуває в стані кризи. З одного боку, застаріла, малоефективна та громіздка організаційна модель системи охорони здоров'я, яку країна успадкувала від СРСР, увійшла в суперечність з новими соціально-економічними умовами [8]; з іншого боку, зазначені негативні загальносвітові тенденції помітно погіршують і без того не найкращий фінансовий стан сфери охорони здоров'я. Обидва чинники призвели до того, що система охорони здоров'я перебуває на межі фінансового колапсу.

Реформування організаційної моделі системи охорони здоров'я та пошук додаткових джерел фінансування є основними напрямками діяльності керівництва провідних медичних установ та фінансових інститутів.

Щодо реформування організаційної моделі системи охорони здоров'я, то Закон про обов'язкове державне медичне страхування досі перебуває на розгляді у Верховній Раді України. Предметом нашого обговорення є пошук додаткових джерел фінансування в сфері охорони здоров'я.

Сьогодні в Україні переважає система безоплатної медицини, за якою медичне страхування виступає окремим видом державного соціального страхування. Проте зростаючі вимоги до якості медичної допомоги та її відповідності загальносвітовим стандартам, з одного боку, та обмеженість бюджетного фінансування, з іншого, спонукають до пошуку позабюджетних джерел фінансування медичних послуг. Найбільш ефективним та дієвим джерелом ресурсів для фінансування лікування може стати медичне страхування.

Насправді, Україна має досвід функціонування системи охорони здоров'я на страхових засадах. Вже у середині XIX ст. власники фабрик почали організовувати для своїх робітників лікарні, хоча ними користувалися лише близько 15% робітників. Це явище отримало назву "фабрично-заводська медицина". У 1870 р. розпочато створення страхових товариств та кас взаємодопомоги на доповнення до фабрично-заводської медицини, що можна вважати первинним проявом надання медичної допомоги на страхових засадах. Наприкінці XIX ст. запроваджено медичне страхування як частину соціального страхування. В цей же час розробляється проект закону про соціальне страхування. У 1912 р. прийнятий Закон "Про соціальне страхування на випадок хвороби", де законодавчо було закріплено поняття "лікарняні каси". У післяреволюційний період страхова медицина поширилась на усі галузі промисловості і охопила широкі верстви населення. Дрібні лікарняні каси зливались у великі страхові організації — об'єднані лікарняні каси, які менше залежали від підприємців та надавали більше страхових медичних послуг. Пізніше відбулось одержавлення страхових організацій та усунення лікарняних кас і, хоча й були спроби відновити страхову медицину у період НЕПУ, реанімувати її так і не вдалось [1, 3, 4].

Розглянемо основні системи організації медичного обслуговування та можливості їх впровадження [2, 3, 5].

1. "Ринкова модель" організації системи охорони здоров'я. У цій моделі лікарі та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Страхові компанії також є суб'єктами ринку і діють, виходячи з власних комерційних інтересів. Держава практично не бере участі у системі охорони здоров'я своїми ресурсами, її роль обмежується законодавчим регулюванням відносин суб'єктів ринку та окремими програмами, що компенсують соціальні втрати "ринкової моделі".

Реалізація цієї моделі можлива у двох варіантах: у вигляді офіційно проголошеного курсу реформи як переходу на систему добровільного медичного страхування або у вигляді стихійної реформи, некерованого сповзання у ринок. Сьогодні в Україні ніхто серйозно не говорить про свідомий перехід до ринкової моделі у сфері медичної допомоги. Проте є сенс окремо розглянути сценарій некерованого сповзання у ринок.

У цілому перехід до ринкової моделі (за будь-якого сценарію її реалізації) не є історично прогресивним. Це буде крок у минуле, що суперечить світовим тенденціям прогресу, внаслідок цього кроку Україна втратить усі переваги наявної моделі і навряд чи що-небудь здобуде.

2. Модель "ринкові відносини, що регулюються державою". У цій моделі лікарі залишаються вільними суб'єктами, що пропонують свої послуги на ринку. Разом з тим, держава законодавчо зобов'язує працедавців солідарно брати участь в оплаті медичної допомоги, використовуючи неприбуткові страхові установи (лікарняні каси). При цьому працедавці оплачують лише частину потрібного внеску, решту сплачують громадяни. На відміну від ліберальної ринкової моделі у системі Бісмарка, страхові структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги. Держава у цій моделі практично не бере участі власними ресурсами у забезпеченні медичної допомоги.

Цей варіант практично неможливо реалізувати на загальнодержавному рівні, страхові фонди не зможуть зібрати достатньо коштів для фінансування загальнодержавної системи охорони здоров'я.

3. Модель Бевериджа. У сфері медичної допомоги держава істотно обмежує ринкові відносини між лікарями та населенням. Практично основним джерелом покриття видатків на систему охорони здоров'я є державний бюджет. При цьому змінюються відносини між державою, лікарями та населенням. Лікарі стають найманими працівниками. Пацієнти позбавляються можливості обирати варіанти забезпечення власного здоров'я з різних ринкових пропозицій. Разом з тим система Бевериджа зберігає конкуренцію між лікарями.

Для переходу до системи Бевериджа потрібно вжити таких заходів:

- замість сьогоденного чинного принципу утримання мережі лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) впровадити принцип фінансування їх діяльності за фактом надання медичної допомоги;
- надати пацієнтам свободу вибору лікувального закладу і лікаря;
- впровадити систему оплати праці медиків, за якої її розмір буде безпосередньо залежати від обсягу та якості наданих послуг.

За таких умов не потрібно змінювати схему фінансування галузі: у системі Бевериджа, як і в моделі Семашка, сфера охорони здоров'я фінансується за рахунок збирання податків. Перехід до моделі Бевериджа слід визнати історично доцільним і соціально прийнятним, оскільки ця модель є однією з найбільш справедливих форм організації медичної допомоги. Проте, з огляду на привабливість цього варіанта реформи, для України перехід до системи Бевериджа в її повній формі виглядає як такий, що його практично неможливо реалізувати. Ця модель — модель для заможних країн.

4. Модель Семашка. У цій моделі взаємодія лікарів і пацієнтів регламентована практично в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Пацієнти втрачають право обирати лікаря, отримуючи "приписку". Максимально уніфікуються як професійна діяльність, так і умови надання медичної допомоги. Діяльність організаторів системи охорони здоров'я також гранично регламентована.

Цей варіант не можна реалізувати — для цього треба було б відновити командно-адміністративні принципи управління, планово-розподільчу систему господарства та володіти значними фінансовими ресурсами.

Аналіз варіантів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить, що жоден варіант переходу до відомих стійких моделей не може вважатися прийнятним у нинішніх умовах [5]. В сучасних умовах необхідно знайти конструктивне вирішення насамперед таких завдань:

- формування механізмів солідарної участі населення у відшкодуванні видатків на охорону здоров'я;
- збереження доступності базової кваліфікованої медичної допомоги;
- забезпечення справедливого доступу до ресурсів системи охорони здоров'я у відповідності із ступенем індивідуальної участі в оплаті видатків на охорону здоров'я.

Поставлені завдання можна вирішити шляхом створення нових форм співучасті працівників за-

лізничного транспорту в оплаті медичної допомоги. Питання полягає в тому, на яких засадах припустимо зробити цей крок. Додаткове залучення працівників залізничного транспорту до оплати медичної допомоги буде виправданим лише за умови, що воно супроводжуватиметься змінами їх прав, а саме: можливістю впливати на умови та якість надання медичної допомоги. З цього погляду, суть реформи полягає не тільки і не стільки в поліпшенні медичних технологій, а саме в зміні відносин між основними суб'єктами у сфері галузевої охорони здоров'я.

За такої ситуації доцільно запропонувати варіант державно-корпоративного реформування системи охорони здоров'я на залізничному транспорті, суть якого полягає в тому, що:

- у сферу відносин суб'єктів охорони здоров'я залізничників залучається новий суб'єкт – страхова компанія;
- держава та підприємства залізничного транспорту не відмовляються від своїх зобов'язань забезпечувати своєчасну якісну медичну допомогу залізничникам та членам їх сімей, при цьому Укрзалізниця організовує участь на паях у фінансуванні витратів на систему медичної допомоги (СМД). Страхові компанії забезпечують додаткові солідарні механізми;
- виникнення нового суб'єкта відносин у сфері охорони здоров'я створює умови для клієнто-орієнтованої системи охорони здоров'я;
- державно-корпоративна форма організації СМД повинна бути доповнена механізмами залучення приватних коштів для задоволення індивідуального попиту на медичні послуги.

Гарантований рівень безоплатної медичної допомоги впроваджується шляхом прийняття Укрзалізницею участі у відповідній програмі – Програмі добровільного медичного страхування залізничників, яка передбачає надання необхідної та достатньої медичної допомоги залізничникам та членам їх сімей за всіма видами захворювань. Водночас у галузі встановлюється сучасний базовий стандарт якості відповідно до Тимчасових галузевих медичних стандартів стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПЗ України, який регламентує умови надання та рівень лікарського і технологічного забезпечення медичної допомоги.

Для покриття витратів на надання медичної допомоги створюється багатоканальна система фінансування. Її завдання – прив'язати основні статті витратів на охорону здоров'я до різних незалежних джерел фінансування. Таким чином забезпечується не лише більший обсяг фінансування, а й більша прозорість та контрольованість фінансових потоків.

Наведемо схему взаємовідносин між учасниками системи медичного страхування працівників залізничного транспорту.

Укрзалізниця має потужну систему медичного забезпечення своїх працівників, яка включає розгалужену мережу ЛПЗ. Кваліфікація їх персоналу



Схема. Взаємовідносини між учасниками медичного страхування

достатня для надання практично будь-яких медичних послуг високої якості.

Таким чином, аналіз існуючих світових організаційно-фінансових систем охорони здоров'я та досвід, здобутий суб'єктами впровадження медич-

ного страхування на залізницях України, дозволяє зробити висновок, що найдоцільнішим варіантом реформування системи охорони здоров'я в Укрзалізниці є впровадження державно-корпоративної моделі медичного забезпечення.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеев Ш.Р., Васильев С.Н., Катырин С.Н. Страхование: теория, практика и зарубежный опыт: Учебное пособие / под ред. С.А. Смирнова. – М., 1998, – 375 с.

2. Баскаков М.И. Страхование дело в вопросах и ответах: Учебное пособие для студентов экономических вузов и колледжей. – Х., 1999. – 564 с.

3. Ердманіс Д.Ф., Няньковський С.Л., Ладний О.Я., Ковальський О.В. Світовий досвід та концептуальні моделі страхової медицини. – Львів, 1992. – 75 с.

4. *Коммерческое страхование* // Справочник. – М.,

1996. – 250 с.

5. *Медицинское страхование. Опыт работы СК СНГ и Европы* // Обзор специализированной периодической печати по Украине и странам СНГ. – К., 1999. – 117 с.

6. Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А. Медицинское страхование. – М.: Наука, 1994. – 312 с.

7. Саркисов С.Э. Личное страхование. М., 1996. – 250 с.

8. Шаповал В.М., Єфименко Т.І. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні // *Економіка: проблеми теорії та практики*. – 2001. – Вип. 112. – С.111–117.

## ВНЕДРЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Киселев Е.М., Бурлаенко С.В., Свиридюк В.В., Воронцова М.А., Гориславец П.А

Освещены проблемы развития системы медицинского страхования в Украине в целом и в системе железнодорожного транспорта, в частности. Рассмотрены возможные варианты реформирования системы здравоохранения, даны рекомендации относительно внедрения государственно-корпоративной модели медицинского обеспечения работников железнодорожного транспорта.

## INCULCATION OF THE MEDICAL INSURANCE IN THE SYSTEM OF THE HEALTH MANAGEMENT OF THE RAILWAY WORKERS

Kiselyov E.M., Burlayenko S.V., Sviridyuk V.V., Vorontsova M.O., Goreslavets P.A.

The problems of the medical insurance system development in Ukraine and on the Ukrainian railways were reflected. The perspective models of the health management were established. The state-corporative model of the medical management was established as the most perspective.