

УДК 364.32-22:613:368.9.06

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Є. М. Кісельов, С. В. Бурлаєнко, І. Г. Кірна, В. В. Свирідюк, І. М. Солоненко

Національна академія державного управління при Президентіві України,
Страхова компанія «ІнтерТрансПоліс», Київ

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, правові механізми.

Суспільні трансформації в Україні, спрямовані на запровадження принципів ринкової економіки, не спричинилися до адекватних перетворень у системі охорони здоров'я, діяльність якої і далі здійснюється на засадах адміністративних господарських відносин. Це супроводжується незадовільним рівнем суспільного здоров'я, неефективністю механізмів фінансового захисту громадян у разі захворювання, низькою економічною ефективністю діяльності галузі та якістю медичної допомоги, відсутністю задоволення потреб громадян в охороні здоров'я та медичній допомозі. Перехід до соціально орієнтованих та ринкових принципів в охороні здоров'я на основі різних форм власності, а також пошук шляхів подолання основних проблем галузі в Україні, зокрема браку фінансових ресурсів та незадовільної якості медичного забезпечення населення, вимагають нового підходу до формування товарно-ринкових відносин у галузі та спонукають переходити до системи, що базується на страхуванні здоров'я людей [3, 6, 7].

Для цього потрібно, щоб держава, підприємець та громадянин стали партнерами у реалізації права на охорону здоров'я. Для реалізації такого партнерства в історичному контексті суспільство має виробити критичну масу правових та соціальних передумов, які б забезпечили становлення такої верстви населення, яка б узяла на себе соціальну відповідальність за своє сьогодення і майбутнє всього суспільства. Істотну роль у формуванні такого суспільства відіграють і системи соціального страхування, у тому числі й медичного.

Всесвітня організація охорони здоров'я в останній чверті минулого століття проголосила міжнародну стратегію «Здоров'я для всіх до 2000 року», до чого приєдналася й Україна (Алма-Ата, 1978), а після неї — стратегію «Двадцять одне завдання на XXI століття» (1999). Всесвітньо відомою є Оттавська хартія, схвалена на Першій міжнародній науковій конференції з охорони громадського здоров'я (Оттава, Канада, 1986). У названих доку-

ментах сформульовано кілька базових принципів щодо сучасної системи охорони здоров'я, а саме: державна політика, орієнтована на збереження, зміцнення та поліпшення громадського здоров'я; підвищення суспільної цінності здоров'я; сприятливі соціально-економічні, екологічні та інші чинники здоров'я; формування здорового способу життя та корекція чинників ризику захворювань; перебудова медичного забезпечення [2, 5].

Від соціалістичного періоду свого розвитку Україна успадкувала складну й малоефективну систему охорони здоров'я, що базувалася на таких основних засадах, як-от: командно-адміністративна система управління; єдине джерело фінансування — державний бюджет, який формується на основі загальних податків; орієнтація на екстенсивні форми розвитку галузі тощо. За роки незалежності не відбулося кардинальних змін в системі охорони здоров'я в Україні, і вона практично зберегла зазначені вище засади своєї діяльності. Водночас відбулися значні зміни в діяльності медичного забезпечення, найістотнішими з яких є: різке зменшення частки витрат на охорону здоров'я у структурі валового внутрішнього продукту; скорочення кількості медичних закладів, перш за все у сільській місцевості; започаткування розвитку страхової медицини; створення ринку приватного медичного обслуговування; легалізація народної медицини; стихійне впровадження принципів ринкової економіки у медичне обслуговування населення в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, збільшення різноманітних легальних і нелегальних форм плати громадян за медичну допомогу; початок створення національної системи забезпечення країни фармацевтичною продукцією; прийняття деяких законодавчих та нормативних актів, що регламентують діяльність медичної галузі.

Соціально-політична криза в Україні призвела і до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. У складеному вперше за історію Всесвітньої організації охорони здоров'я рейтингу національ-

них систем охорони здоров'я для 191 країни світу (2000) Україна посіла 79 місце. Зазначимо, що кількість витрачених коштів не завжди є мірою якості медичних послуг. Приміром, Росія, яка витрачає вдвічі більше коштів на медичне обслуговування одного пацієнта, посідає 130 місце, а США, де витрати в десятки разів більші, ніж в Україні, стоять на 37 сходинці [5, 7].

У «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» визначено основні стратегічні напрями реформування галузі, що покликані розв'язати дві головні і взаємопов'язані проблеми: як забезпечити ефективне використання наявних ресурсів та які додаткові джерела можна залучити до фінансування галузі [1]. При цьому організація національної системи охорони здоров'я має базуватися на основних принципах, визначених ВООЗ, а саме: справедливості, солідарності та доступності.

В Україні соціально-правовою базою для розвитку системи охорони здоров'я є 49 стаття Конституції (1996), яка визначає право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я повинна забезпечуватися державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а медична допомога у державних і комунальних лікувальних закладах має надаватися безоплатно. Своєрідною «медичною конституцією» є прийнятий Верховною Радою України у листопаді 1992 року закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у якому визначено правові, професійні, економічні та організаційні засади охорони здоров'я.

Одним із відомих шляхів розв'язання зазначених проблем, до яких вдаються в економічно розвинених країнах та й у східноєвропейських і нових незалежних державах, є соціальне медичне страхування, засноване на принципах соціальної справедливості та економічної солідарності, яке дає змогу гарантувати пацієнту надання медичної допомоги на сучасному рівні [4, 9–12].

Соціальне медичне страхування є частиною системи медичного обслуговування, яке надається громадянам за рахунок суспільних фондів, роботодавців та внесків застрахованих осіб і здійснюється у двох формах — обов'язкове та добровільне страхування — разом з існуванням платної і безоплатної медицини, а також спеціальних медичних програм.

Сьогодні в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток соціального медичного страхування, а саме: незавершеність процесу створення нормативної бази щодо медичного страхування; відсутність у населення позитивного досвіду взає-

мовідносин із страховими компаніями; відсутність механізмів заохочення роботодавців щодо медичного страхування працівників і членів їхніх сімей; обмеженість можливостей запровадження медичного страхування за рахунок коштів громадян внаслідок низького рівня доходів населення, а також механізму фінансової підтримки за рахунок державного і місцевих бюджетів; незначна кількість страхових організацій, що мають досвід впровадження медичного страхування.

Зазначені чинники мають тимчасовий характер і можуть бути усунені спільними зусиллями державних органів, страхових організацій, медичної громадськості та суспільства загалом.

Законодавчою базою розвитку медичного страхування є Конституція України, Закон України «Про страхування» (1996; нова редакція від 4 жовтня 2001 року), «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (1998). Проте й досі в Україні немає цілісного правового акту, який би врегулював правові та соціально-економічні проблеми соціального медичного страхування, що негативно впливає на стан медичного обслуговування населення, веде до занепаду матеріально-технічної бази медичних закладів тощо. Головною причиною затримки запровадження соціального медичного страхування є відсутність цілеспрямованої та скоординованої політики з боку законодавчої та виконавчої гілок державної влади, працівників медичних закладів та учасників страхового ринку.

Саме поетапне впровадження соціальної страхової медицини може стати основою для подолання кризи у медичній галузі і забезпечити формування адаптованої до ринкової економіки принципово нової правової, соціально-економічної, фінансової та організаційної системи взаємин між надавачами та споживачами медичних послуг, яка має бути побудована на взаємній відповідальності сторін, системі підтримки, зокрема фінансової, та контролю з боку органів державної влади, місцевого самоврядування і страховиків [8].

Слід зазначити, що в Україні деякі страхові компанії розпочали впровадження системи добровільного медичного страхування, а з 1997 року запроваджено обов'язкове медичне страхування громадян, які приїждять на відпочинок до Автономної Республіки Крим. Відповідні законодавчі та нормативні акти запровадили страхування іноземних громадян, що перебувають на території України. У залізничній галузі України успішно реалізується програма добровільного медичного страхування працівників залізниць та пенсіонерів-залізничників.

В Україні нагромаджено певний досвід запровадження соціального медичного страхування.

Наприклад, керівництво Укрзалізниці, приділяючи значну увагу здоров'ю залізничників, стану медичної допомоги у медичних закладах залізничного транспорту, ще у 2000 році стало ініціатором розроблення та впровадження моделі бюджетно-корпоративного фінансування галузевих медичних закладів, яка базується на принципах страхової медицини. Відповідно до наказу генерального директора Укрзалізниці, з 1 січня 2001 року розпочався експеримент з реалізації «Програми добровільного медичного страхування працюючих на залізницях України», а з січня 2002 року — і пенсіонерів-залізничників. Названі програми передбачають покриття дефіциту коштів на придбання медикаментів, витратних матеріалів, м'якого інвентарю, а також додаткового харчування для забезпечення потреб застрахованих залізничників, що отримують стаціонарну медичну допомогу, за рахунок страхових платежів.

Механізм реалізації програми є таким: страхова компанія «ІнтерТрансПоліс» укладає з підприємствами залізничного транспорту Генеральні договори медичного страхування залізничників та пенсіонерів-залізничників. Річний страховий платіж за кожного застрахованого залізничника складається із щомісячних платежів, які вносять підприємства залізничного транспорту, починаючи з місяця підписання Генерального договору. За рахунок цих коштів відбувається дофінансування відомчих медичних закладів за бюджетними статтями, зазначеними вище, зберігаючи при цьому цільове персональне призначення цих коштів.

Таким чином, для покриття витратків на надання медичної допомоги створюється багатоканальна система фінансування, завдяки якій основні статті витратків на охорону здоров'я «прив'язуються» до різних джерел фінансування (бюджетного, корпоративного, страхового тощо).

З метою підвищення ефективності сукупних суспільних витрат на охорону здоров'я потрібно поступово здійснити перехід від принципу постатейного утримання мережі лікувально-профілактичних закладів до фінансування їхньої діяльності відповідно до потреб пацієнтів на підставі контрактів та угод, що відповідає принципам ринкової економіки.

Підприємства залізничного транспорту, їхні профспілкові та громадські організації здійснюють контроль за виконанням умов Генерального договору і цільовим використанням страховою компанією коштів з медичного страхування.

Щоб продемонструвати масштаби експерименту з добровільного медичного страхування залізничників, вважаємо за доцільне навести деякі кількісні річні показники, наприклад для 2002 року: кількість застрахованих осіб — 592 329; кіль-

кість страхових випадків — 70 393; загальний обсяг страхового відшкодування — понад 15 млн грн.

Звичайно, говорити про остаточні підсумки експерименту ще рано. Однак уже тепер можна зробити попередні висновки.

Головним підсумком є те, що система добровільного медичного страхування залізничників виявилася беззаперечно дієздатною. Працівники залізниць, які були застраховані в ЗАТ АСК «ІнтерТрансПоліс», під час госпіталізації у відомчих лікарнях забезпечені усіма потрібними медикаментами, витратними матеріалами, м'яким інвентарем та додатковим харчуванням. В деяких випадках, коли лікарня не має змоги з певних причин видати потрібні медикаменти і хворий змушений їх придбати самостійно, страхова компанія «ІнтерТрансПоліс» у межах лімітів страхових виплат відшкодовує йому витрати на придбання ліків. Якщо ж застрахована особа потрапляє за направленням залізничної лікарні до медичного закладу, що не входить до системи медичних закладів Укрзалізниці, або її госпіталізують у порядку надання швидкої допомоги, страхова компанія «ІнтерТрансПоліс» також відшкодовує витрати застрахованого на медикаменти.

Таким чином, експеримент з добровільного медичного страхування на залізницях України продемонстрував можливість підвищення соціального захисту залізничників за рахунок залучення додаткових коштів залізниць. Учасники експерименту довели, що навіть у наш складний час можна досягти здійснення конституційного права людей на якісну медичну допомогу.

Слід зазначити, що з огляду на важливість гарантування повної безпечності українського залізничного транспорту, Укрзалізниця — як галузь — працює в умовах підвищених вимог до безпеки руху на залізницях, а залізничники перебувають у складних виробничих умовах: постійний рух, праця під відкритим небом, обслуговування рухомого складу залізничного транспорту тощо. Усе це передбачає підвищені вимоги до стану здоров'я працівників. І цілком логічним є вважати витрати на медичну допомогу складовою частиною вартості робочої сили, а тому наявність платежів для відновлення одного з основних ресурсів виробництва — робочої сили — є соціально й економічно виправданою. Це відповідає і практиці більшості країн Європи [4, 5, 9, 11].

На нашу думку, цьому важливному та вкрай актуальному експерименту потрібна підтримка на державному рівні шляхом прийняття відповідних нормативних актів органами державної виконавчої влади.

На підставі результатів цього експерименту можна сформулювати деякі висновки:

— запровадження системи медичного страхування для України є єдиним можливим засобом подолання кризи охорони здоров'я в країні;

— введення медичного страхування дасть змогу зміцнити фінансову та матеріально-технічну базу медичної галузі, поетапно трансформувати управління охороною здоров'я, а також сприяти розвитку економічних методів управління;

— розбудова соціальної страхової медицини має здійснюватися на основі добровільної згоди всіх суб'єктів соціального медичного страхування і супроводжуватися збільшенням їхніх фінансових можливостей;

— сплата страхових зборів усіма фізичними і юридичними особами має частково компенсуватися зниженням податків та інших обов'язкових платежів до бюджету;

— у державному та місцевих бюджетах потрібно передбачати кошти на сплату внесків працівників бюджетних установ та населення, яке не працює (пенсіонерів, безробітних, учнів, студентів та інших соціально незахищених груп населення);

— потрібно відраховувати частину надходжень від акцизного збору на алкогольні та тютюнові вироби — на фінансування медичного страхування;

— ринок страхових послуг має бути відкритим для юридичних осіб усіх форм власності;

— платники страхових зборів повинні мати ефективні засоби контролю за цільовим використанням коштів, а для цього потрібно створити інститут незалежних експертів;

— оплата медичної допомоги має визначатися виключно обсягом і якістю наданих медичних послуг;

— впровадження системи соціальної страхової медицини доцільно розпочати з експерименту запровадження страхової медицини у тих галузях та відомствах, які мають відповідні фінансові можливості та мережу медичних закладів;

— впровадження соціальної страхової медицини стане одним з важливих чинників введення в медицину принципів ринкової економіки і виходу значних коштів з тіньового сектора обігу в медичних закладах України, а це понад 8–10 млрд грн щороку;

— заклади охорони здоров'я мають набути статусу юридичних осіб і отримати право на ведення господарської діяльності, їхні доходи, оплати медичного та обслуговуючого персоналу слід формувати залежно від обсягу і якості медичної допомоги (спрямовувати не менше половини прибутків, одержаних від страховиків, на підвищення оплати персоналу);

— потрібно законодавчо врегулювати питання надання права юридичним особам-роботодавцям включати частину витрат на оплату страхових

послуг за договорами соціального медичного страхування своїх працівників до складу собівартості продукції;

— зміцнити надійність страхових організацій, підвищивши вимоги до їхнього ліцензування, та створити фонд страхових гарантій;

— створити й забезпечити систему єдиних стандартів надання застрахованим особам медичної допомоги усіма медичними установами, що працюють у системі соціального медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості і форм власності;

— поєднувати солідарну систему фінансування медичної допомоги (зокрема через лікарняні каси) з можливостями нагромадження індивідуальних коштів для лікування застрахованих осіб;

— гармонійно поєднувати систему обов'язкового державного соціального медичного страхування з добровільним медичним страхуванням;

— подолати у населення негативні стереотипи щодо фондів, а також нагромаджувати позитивний досвід взаємин із страховими компаніями;

— збільшувати кількість страхових організацій, що мають досвід впровадження медичного страхування;

— організувати підготовку фахівців з економіки охорони здоров'я та з медичного страхування;

— ввести до номенклатури лікарських спеціальностей такі: «менеджер та організатор охорони здоров'я» і «лікар-експерт страхової компанії»;

— розробити єдину державну методологію розрахунку тарифів на медичні послуги;

— вивчати й творчо впроваджувати в Україні світовий досвід соціального медичного страхування.

Медичне страхування має стати одним з основних чинників подолання кризи у медичній галузі, сприяти впровадженню економічних методів управління в охороні здоров'я, гармонійному розвитку закладів охорони здоров'я різних форм власності, їхньої господарської самостійності, економічної і юридичної відповідальності за результати їхньої діяльності: надання якісної медичної допомоги та медичних послуг, перенесення акцентів на інтенсивні методи лікування та амбулаторно-поліклінічну допомогу хворим.

Це стане можливим, якщо спільними зусиллями всіх зацікавлених сторін буде підготовлена принципово та творчо перепрацьована нова редакція законопроекту щодо впровадження соціальної страхової медицини.

Таким чином, державна політика, спрямована на збереження і зміцнення суспільного здоров'я, має базуватися на новій парадигмі системи охорони здоров'я, у центрі якої перебуває не лікарня, а людина з її потребами з охорони здоров'я і медичної допомоги.

Цитована література

1. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України*: Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України.— 2000.— № 49.— С. 2116.
2. *Здоров'я – 21*: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні Всесвітньої організації здравоохранення.— Копенгаген: ВОЗ; Європ. регіон. бюро, 1999.— 310 с.
3. *Лисицын Ю. П.* Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения.— 1998.— № 2.— С. 5–9.
4. *О'Кіф Е.* (O'Keefe E.) Проблеми охорони здоров'я у Великій Британії і шляхи їх вирішення // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Зб. наук. пр. УАДУ / Одес. філ.— О., 2001.— Ч. 1.— С. 214–226.
5. *Салтман Р. Б.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас; Пер. с англ.— М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.— 423 с.
6. *Солоненко І.* Аналіз державної політики з реформування галузі охорони здоров'я в Україні // Упр. сучас. містом.— 2002.— № 1.— С. 54–59.
7. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні* / За заг. ред. В. М. Лехан.— К.: Сфера, 2001.— 176 с.
8. *Розвиток страхового ринку в Україні як фактора фінансової стабілізації економіки* / І. І. Сувачов, В. Я. Олійник, Т. Є. Терещенко та ін. // Фінанси України.— 2001.— № 5.— С. 130–133.
9. *Kutzin J.* A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements // Health Policy.— 2001.— N 56.— P. 121–204.
10. *Lewis M.* Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia? —Washington: The World Bank.— 2000.— 34 p.
11. *Mackenbach J.* Socioeconomic Inequalities in Health in Europe / J. Mackenbach, A. Kunst // Eurohealth.— 1999.— Vol. 5, N 1.— P. 31–34.
12. *Lefebvre A.* The Future of European Health Policy / Eurohealth.— 1998.— Vol. 4, N 5.— P. 2–4.

Актуальные проблемы развития медицинского страхования в Украине

Е. М. Киселев, С. В. Бурлаенко, И. Г. Кирпа, В. В. Свиридюк, И. Н. Солоненко

Представлен анализ проблем развития медицинского страхования в Украине в целом и в системе железнодорожного транспорта в частности. Подведены предварительные итоги внедрения медицинского страхования в отрасли «Укрзалізниця», определены проблемы и перспективы его дальнейшего развития. Предложены рекомендации усовершенствования организационно-правовых механизмов развития медицинского страхования.

Actual problems of medical insurance development in Ukraine

Ye. M. Kisel'ov, S. V. Burlaienko, I. H. Kirpa, V. V. Svyrydiuk, I. M. Solonenko

The analysis of problems of the development of medical insurance in Ukraine as a whole and in particular in the system of railway transport has been presented. The preliminary results of implementation of medical insurance in the branch of «Ukrzaliznytsia» are given; the main problems and perspective of its further development have been determined. The recommendations concerning improving of legal and organizational mechanisms of medical insurance development have been proposed.