

Оксана ТУЛАЙ

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ

Система охорони здоров'я визначає рівень добробуту населення країни, ступінь його соціальної захищеності та виступає своєрідним індикатором існуючої політико-економічної ситуації.

З урахуванням суспільно-політичної значущості й економічної вартості індивідуального та суспільного здоров'я охорону здоров'я громадян слід вважати однією з найважливіших функцій Української держави. Про таке її розуміння свідчать відповідні положення, зафіксовані у Конституції України, в якій гарантується право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування, а також положення діючих "Основ законодавства України про охорону здоров'я".

У спадок від колишнього СРСР незалежній Україні дісталася радянська система охорони здоров'я, яку, незважаючи на певні позитивні моменти, не можна вважати ефективною. Радянський уряд більше дбав про показники, аніж про здоров'я людей. Результатом цього стало невміння керівних установ охорони здоров'я ефективно використовувати бюджетні кошти, що й призвело до кризової ситуації. Як наслідок, відбувалось зменшення бюджетних асигнувань. У сучасних умовах докорінної зміни системи суспільного господарства, втрати державою багатьох функцій та можливостей, зменшення валового внутрішнього продукту, дефіциту державного бюджету, відмови від жорсткого регулювання цін на товари та послуги, існування тільки державної системи фінансування та управління в охороні здоров'я стає неможливим. Держава за таких умов не може забезпечити не тільки розвиток, а й виживання сфери охорони здоров'я.

В Україні виникло небезпечне становище щодо охорони здоров'я населення. Упродовж останніх років значно поширилися захворювання, яким можуть запобігти профілактичні щеплення (особливо дифтерія та кір); були зареєстровані спалахи інфекційних хвороб, включаючи холеру й туберкульоз. Статистичні дані та результати спеціальних досліджень свідчать про негативні тенденції у стані здоров'я дітей. Здоров'я дітей України характеризується високим рівнем захворюваності, розповсюдженості хвороб, підвищенням частоти природжених вад і спадкових захворювань. За останній час спостерігається підвищення смертності жінок на фоні загального підвищення смертності в Україні. Збільшилась питома вага ускладнень вагітності, пологів, що зумовлено впливом несприятливих екологічних, медико-соціальних і біологічних факторів.

Нині є всі підстави твердити, що ситуація в охороні здоров'я вимагає радикальних змін: передумови для цього наріли. У країні змінилися виробничі відносини, а сама система охорони здоров'я – ні. Невідповідність між цим призводить до того, що безкоштовної медицини, як це записано в Конституції України, немає. Відсутні послуги медичного страхування. А це одна з основних причин необхідності широкомасштабних реформ соціальної системи.

Проблема пошуку шляхів виходу з кризового становища в ринкових умовах на сьогодні стоїть досить гостро, оскільки ринок тільки народився і в силу усіх оточуючих обставин перебуває у складній ситуації. Реформа охорони здоров'я України повинна початися з укріплення фінансової бази, із заміни загальної схеми фінансування і поступового переходу від бюджетної системи до змішано бюджетно-страхової.

Реформи повинні мати прогресивний характер. У зв'язку з переходом економіки країни на ринкову систему реформи вітчизняної охорони здоров'я повинні мати ринкову спрямованість. Для цього необхідно, насамперед, забезпечити умови функціонування в охороні здоров'я головного ринкового закону: товар – гроші – товар.

Це означає, що доцільно створити ринкове середовище в системі охорони здоров'я, у якому можна буде реалізувати медичні послуги як товар, що дасть можливість медичній галузі самостійно заробляти гроші.

Для вирішення цього завдання потрібно перевести охорону здоров'я на ринкову систему фінансування, використовуючи зокрема метод страхової медицини. Страхова медицина передбачає участь громадян, підприємств і організацій у витратах на фінансування охорони здоров'я. Основними джерелами фінансового забезпечення системи охорони здоров'я стають:

- кошти бюджету;
- відрахування підприємств, установ та інших організацій;
- особисті кошти громадян;
- благодійні внески;
- кредити банку;
- фонди від реалізації цінних паперів;
- інші джерела.

Система медичного страхування дозволяє розширити фінансові можливості лікувальних закладів за рахунок залучення позабюджетних ресурсів за умови децентралізації управління лікувально-профілактичними закладами, створення фондів обов'язкового медичного страхування і організації його використання.

Медичне страхування було започатковане на Заході. Розпочалося воно з приватного страхування, тобто з фінансування медичної допомоги з приватних коштів громадян, організацію якого взяли на себе страхові товариства. Пізніше до медичного страхування приєдналась громада (тягар витрат для окремих громадян ставав непосильним), а за останній час – і держава. Причому обсяги витрат зміщувались саме в цьому напрямку. Однак головна особливість медичного страхування – його адресність, тобто фінансування медичних заходів, спрямованих на конкретного жителя – на всіх етапах залишалась незмінною. Це виявило свої переваги перед бюджетним фінансуванням: по-перше, забезпечувались вагоміші позиції охорони здоров'я у системі суспільних пріоритетів (кошти охорони здоров'я були захищені від зазіхань могутніших відомств); по-друге, забезпечувався переважно децентралізований характер фінансування (для кожної людини було зрозуміло, куди йдуть зароблені нею кошти), суспільна солідарність на рівні країни доповнювалась груповою солідарністю на рівні виробничого колективу.

В таких умовах медперсонал при відповідній оплаті праці зацікавлений у її результатах та несе відповідальність за наслідки лікування. Наявність між споживачем (пацієнтом) і виробником (лікарем, медичним закладом) проміжної ланки – страхового товариства – забезпечує незалежний контроль за діяльністю та ефективністю медичної допомоги.

Багаторічний досвід Заходу у сфері медичного страхування характеризується такими основними особливостями. По-перше, це багатоджерельність фінансування зі зростаючою роллю держави порівняно з іншими джерелами. По-друге, кошти на медичне страхування, як правило, беруться із заробітної плати громадян. Для охорони здоров'я це має виняткове значення, бо в такому випадку зростає ціна робочої сили. Це створює об'єктивні економічні передумови для поліпшення її здоров'я. Працівник знає частину своєї заробітної плати, яка йде на охорону його здоров'я. Його участь у страхуванні є осмисленою і зацікавленою; йому вигідно не хворіти, бо невитрачені так звані добровільні страхові кошти значною мірою

повертаються до нього у формі різних пільг, зокрема надбавки до пенсії тощо. Третьою особливістю медичного страхування є так званий період очікування (1 – 4 дні) з оплатою тимчасової непрацездатності. Страхове відшкодування на період хвороби становить 60 – 70 відсотків заробітку і виплачується протягом певного періоду.

Практично кожна країна ринкової системи, спираючись на загальні економічні закони, має свою національну, по суті неповторну, систему охорони здоров'я. Спробуємо проаналізувати діючу систему охорони здоров'я у Російській Федерації. Російська модель полягає у виділенні частини податку на соціальне страхування в окремий відсоток, що йде на потреби медичного страхування.

Кошти автоматично вираховуються з суми податків на заробітну плату, що поступають від підприємств, і перераховуються у створені повсюдно регіональні медичні страхові фонди. Лікувальні заклади надають всі види медичної допомоги, за яку рахунки поступають у ту страхову компанію, де застрахований громадянин. Страхові компанії у свою чергу фінансуються Регіональним фондом. Останній має право оголосити конкурс на страхування жителів регіону серед державних компаній, а також створити власну. Таким чином, медичний бюджет не “тане” у загальному бюджеті, який систематично не виконується, а лікувальний заклад лікує не тим, “що є”, а тим, “чим потрібно”. Рахунки оплачуються згідно з кінцевими результатами. Розвивається конкуренція між страховими компаніями. Як результат – підвищення якості і зниження ціни обслуговування; пацієнти вже не “прив’язані” до районного закладу та дільничного лікаря, а їх вільний вибір визначає процвітання лише тієї організації, де стабільно хороші результати лікування.

У Росії така система закріплена Законом про обов’язкове медичне страхування і вже привела до платіжоспроможності лікарень за лікарські препарати та медтехніку і покращання життя самих медиків.

Проте досвід показав, що не у всіх громадян Росії проведена реформа охорони здоров'я здобула підтримку. Справа в тому, що частина населення пов’язує медичне страхування з платними медичними послугами, додатковими особистими витратами, порушенням рівноправності в медичному обслуговуванні. Також існують суттєві перешкоди на шляху реформування сфери охорони здоров'я. Негативні чинники, що створюють ці перешкоди, повною мірою присутні і в Україні.

По-перше, це нестабільність економічної ситуації у країні, економіка та Держбюджет – у напруженому стані, по-друге, неспроможність органів місцевого самоврядування керувати системою охорони здоров'я, яку вони успадкували від радянських часів. Реальна заробітна плата за останні кілька років різко зменшилась. Вартість лікарняних засобів і медичного обладнання зростає швидше за темпи інфляції.

При організації страхової медицини варто розробити принципи співіснування усіх форм медичного страхування (обов’язкове, добровільне, колективне, індивідуальне), уточнити структури та розподіл прав між загальнодержавним і територіальними фондами обов’язкового медичного страхування, а також врахувати масовість участі населення України в національній програмі обов’язкового медичного страхування.

Перші кроки у реформуванні системи охорони здоров'я в Україні практично почались у 1996 р.

Концепція реформування системи охорони здоров'я в Україні, розроблена Міністерством охорони здоров'я, і проект Закону “Про медичне страхування громадян” проголошують перехід до суспільної системи охорони здоров'я з переважно бюджетно-страховим фінансуванням, що не виключає можливості використання інших фінансових джерел і форм організації праці з урахуванням плюралізму форм власності.

Згідно з концепцією реформування охорони здоров'я в Україні з метою забезпечення

державного характеру обов'язкового медичного страхування створюватимуться фонди обов'язкового медичного страхування, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я і територіальним органам управління охороною здоров'я. Повинні бути підготовлені та введені в дію відповідні закони та нормативні акти, які забезпечують можливість функціонування створюваних структур.

Треба зазначити, що створення фондів обов'язкового медичного страхування вимагатиме від держави стартової фінансової підтримки. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає систему медичної допомоги нежиттєздатною, доки держава не виділятиме як мінімум 6,5 відсотка ВВП на медичну допомогу в країні.

Медичне страхування – це шлях реформування в охороні здоров'я, яким Україні неминуче доведеться йти. Проте тепер Україна не може дозволити собі таку втрату часу та ресурсів. Насамперед має бути здійснена організаційна перебудова системи медичної допомоги як першочергова і невідмінна передумова усіх подальших перетворень.

У першу чергу це стосується оптимізації ліжкового фонду лікувальних закладів, чисельності медичного персоналу, перерозподілу навантажень на різні ланки системи охорони здоров'я, які беруть участь у лікуально-профілактичному процесі, причому структурна перебудова повинна відбуватися по всіх цих напрямках одночасно, через детальні розрахунки та скасування нормативної залежності, яка не відповідає завданням реформи. Необхідно скоротити рівень витрат на менш ефективне в економічному відношенні лікування.

Запроваджуючи систему медичного страхування, треба гарантувати мінімальний базовий пакет медичних послуг. Необхідно забезпечити рівноправність у наданні медичних послуг.

Для забезпечення рентабельності системи охорони здоров'я необхідно реорганізувати медичні послуги у національному масштабі.

Страхова медицина – це складна і надзвичайно мобільна система товарно-грошових відносин у сфері охорони здоров'я, де як товар виступає оплачувана медична послуга, а як покупець можуть бути держава, група людей чи приватна особа.

У зв'язку з цим виникає проблема створення механізму ціноутворення медичної послуги. Враховуючи реалії сьогодення, ціни на деякі медичні послуги можуть формуватись на основі балансу попиту і пропозиції, а рівень цін на переважну частину лікуально-профілактичної допомоги повинен регулюватися державою.

У всіх країнах, де існує медичне страхування, воно ґрунтується на договірних засадах. Страхові товариства укладають договори, з одного боку, з медичними працівниками і медичними закладами, як виробниками медичних послуг, з іншого – з пацієнтами, як їхніми споживачами. У договорі обумовлюються умови страхування: обсяг і умови допомоги, її вартість, результати, відповідальність за порушення статей договору.

Розрахунки, проведені зарубіжними фахівцями, свідчать про те, що система медичного страхування є ефективною, оскільки дозволяє досягти якісного медичного обслуговування при порівняно менших витратах. Завдання полягає у виборі найприйнятнішої для нашої країни програми медичного страхування.

Важливе значення у розумінні суті медичного страхування має зміст страхових програм і розмежування видів страхування на обов'язкове і добровільне. Обов'язкове медичне страхування забезпечує загальнодоступність медичної допомоги для усіх громадян незалежно від віку, статі, соціального статусу, надає рівні права для усіх застрахованих в отриманні медичних послуг, гарантує надання медичної допомоги не нижче від суспільно необхідного рівня. Добровільне медичне страхування забезпечує застрахованим одержання додаткових медичних послуг понад встановлені програми обов'язкового медичного страхування.

Розвиток системи медичного страхування означає новий розподіл функцій, а також зміни у співвідношенні між бюджетними і позабюджетними джерелами фінансування при

децентралізації коштів на користь територіальних програм. Фінансові пропорції між центром і територіями повинні визначатися згідно з розподілом функцій між ними.

Кошти бюджету будуть акумулюватися у загальних фондах організації медичної допомоги і використовуватися поряд з виконанням загальнодержавних і територіальних програм охорони здоров'я на обов'язкове страхування соціально незахищених категорій населення, а також працівників бюджетних установ.

Основним джерелом залучення позабюджетних коштів стають територіальні фонди медичного страхування, що забезпечують медичне страхування всього працюючого населення.

Радикальна реформа системи охорони здоров'я на принципах страхової медицини дасть змогу розширити канали фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок нетрадиційних коштів – страхових фондів. А це сприятиме соціально спрямованому і ефективному розвитку цієї сфери, а в кінцевому результаті – покращанню справи охорони здоров'я громадян незалежної Української держави.