

Електронне наукове фахове видання "Державне управління: удосконалення та розвиток" включено до переліку наукових фахових видань України з питань державного управління (Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.11.2014 № 1279)

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ
удосконалення та розвиток



№ 6, 2011 [Назад](#) [Головна](#)

УДК 351

Наталія Фойгт,
к.е.н., ст.н.с., докторант НАДУ при Президентові України

ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА МЕДИЧНОГО МІКРОСТРАХУВАННЯ ЯК МЕХАНІЗМ РОЗШИРЕННЯ ДОСТУПУ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД ДО ЯКІСНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Стаття присвячена аналізу механізму формування попиту і пропозиції медичних послуг при впровадженні схеми медичного мікрострахування у сільській територіальній громаді та визначенню місця і ролі державного регулювання у цьому процесі.

Ключові слова: медичні послуги, мікрострахування, державне регулювання, територіальна громада

The article analyzes the mechanism of supply and demand for health services under implementing of medical micro-insurance schemes in rural local communities and defines the place and role of government regulation in this process.

Key words: health services, Micro-insurance, government regulation, local community

Постановка проблеми. Безпека здоров'я визнана невід'ємною складовою будь-якої стратегії подолання бідності. При тому, що цілі скорочення масштабів бідності в усьому світі залишаються у центрі уваги, у сфері виконання завдань щодо досягнення головної мети відбувається зсув акцентів від скорочення бідності як такої до соціального управління ризиками, що пов'язано з усвідомлення ролі цих ризиків у житті бідних верств населення. У цьому контексті з усіх ризиків, які загрожують бідним домогосподарствам, ризик хвороби, ймовірно, представляє найбільшу загрозу для їхнього життя і засобів до існування. Шок хвороби призводить як до прямих витрат на ліки, транспорт та лікування, так і до непрямих, пов'язаних зі скороченням участі у ринку праці. Враховуючи тісний зв'язок між здоров'ям і доходом при низькому рівні доходів, шок хвороби зазвичай вражає найбільш вразливі верстви населення, до яких в Україні, зокрема, слід віднести сільські територіальні громади.

Держава не в змозі задовольнити медико-санітарні потреби цієї частини населення через вкрай обмежене бюджетне фінансування медичних послуг, неефективність державного забезпечення здоров'я, неприйнятно низьку якість охорони здоров'я, і, як результат, введення неофіційних зборів з користувачів. У той же час існуючий досвід подолання кризи охорони здоров'я на рівні територіальних громад засобами різноманітних схем медичного мікрострахування (ММС) свідчить, що у більшості випадків в основі розвитку таких схем лежить такий потужний механізм посилення повноважень нижчих рівнів влади та місцевого самоврядування, як децентралізація, а також поліпшення доступу до охорони здоров'я через спільне використання ресурсів держави, громади та користувачів медичних послуг.

На сьогоднішній день в Україні ні держава, ані ринок не забезпечують медичного страхування сільського населення через низькі доходи у аграрному секторі. Формальні провайдери, стикаючись з високими операційними втратами, уникають виходу на цей сегмент страхового ринку, а отже, медичне мікрострахування, що ґрунтується на місцевій організаційній інфраструктурі, є потенційно ефективнішим, ніж альтернативні заходи медичного страхування. До того ж, у сільській місцевості, де пропозиція медичних послуг є недостатньою, проблеми як надання, так і фінансування медичних послуг, мають вирішуватись одночасно. Зазвичай, схеми ММС ініціюються медичними працівниками районних лікарень, і, як правило, працюють у радіусі дії самих провайдерів. Таким чином, потенційні переваги таких схем слід розглядати не тільки з точки зору мобілізації ресурсів, а й у ракурсі вдосконалення організації медичних послуг.

Аналіз останніх досліджень. На жаль, при аналізі вітчизняних публікацій з обраної тематики не виявлено жодної роботи, яка б безпосередньо стосувалася проблем використання некомерційного мікрострахування як механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я найбільш вразливих верств населення у сільській місцевості. До публікацій українських авторів, що є дотичними до названої теми, можна віднести статті П. А. Стрельбицького [1], К. М. Твердомед [2], С. А. Навроцького [3] та А. О. Пантелеймоненка [4]. У зарубіжних джерелах прихильники впровадження медичного мікрострахування на рівні територіальних громад стверджують, що ММС є потенційним інструментом захисту від зубожіння унаслідок скорочення витрат на охорону здоров'я для населення з низьким рівнем доходів [5]. Стверджується, що схеми ММС є ефективними у забезпеченні доступу до лікування більшого числа малозабезпечених груп населення, які б в іншому випадку не мали фінансового захисту від економічних загроз хвороби [6]. Інші доступні дослідження, однак, налаштовані менш оптимістично. Зазначається, зокрема, що громадські структури не завжди відображають точку зору найбільш вразливих верств населення і при прийнятті критично важливих рішень можуть не брати до уваги їх інтереси, виключаючи, таким чином, найнеудачніших з процесу прийняття рішень [7]. Крім того, покриття ризиків часто є занадто обмеженим, унаслідок чого виникають проблеми вибору; схеми значною мірою залежать від субсидій, через що гарантованість стійкості таких схем є доволі низькою [8].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Більшість публікацій за обраною тематикою, зазвичай, присвячено аналізу діяльності товариств взаємного страхування та страхових кооперативів, вивченню структури та механізмів їх функціонування, у той час як проблеми інтеграції схем медичного мікрострахування у процес охорони здоров'я та визначення місця держави у забезпеченні такої інтеграції поки що залишаються поза увагою дослідників.

Формулювання цілей статті. Цілями даної статті є розкриття концептуального бачення схеми медичного мікрострахування як складової механізму забезпечення охорони здоров'я найбільш вразливих верств територіальних громад та визначення місця і ролі державного регулювання у цьому процесі.

Виклад основного матеріалу. Схеми медичного мікрострахування призначені для скорочення непередбачених або недоступних витрат на охорону здоров'я через обчислювані і регулярно виплачувані премії. На відміну від історії соціального медичного страхування у більшості розвинених країн, де медичне страхування було вперше введено для офіційно зареєстрованих міських робітників, останнім часом нові плани медичного страхування реалізуються у формі місцевих ініціатив, а малі розміри, які часто спільноті основи з добровільним членством. Вони можуть бути ініційовані медичними установами, організаціями місцевих громад або кооперативів і можуть перебувати у власності та веденні будь-якого з цих утворень. Такі схеми можна класифікувати за видами пільг, що надаються; ступенем об'єднаних ризиків; правом власності фонду та управління. За ступенем покриття їх також можна поділити на схеми, що зосереджуються на покритті медичних послуг високої вартості з низькою частотою подій, або схеми страхування недорогих, але високочастотних подій. Загальними характеристиками цих схем є:

- добровільність членства;
- некомерційний характер;
- передплата внеску до фонду і право на отримання зазначеної пільги;
- вирішальна роль громади у розробці та управлінні схемою;
- інституціональні зв'язки з одним або декількома постачальниками медичних послуг.

Головною проблемою впровадження схем медичного мікрострахування на рівні територіальних громад є ініціалізація такої схеми і залучення до неї коштів якомога більшого числа зацікавлених сторін (органів державної влади, місцевого самоврядування, кооперативів, членів громади тощо). Механізм динамічної взаємодії між попиту і пропозицією медичного страхування та медичного обслуговування у рамках впровадження схеми ММС представлений на рис. 1.

При впровадженні схеми медичного мікрострахування усі бажаючі роблять свої внески і стають членами страхового співтовариства на один рік. Певна частка застрахованих захворіє протягом цього часу і потребуватиме амбулаторного або стаціонарного медичного обслуговування. Для застрахованих осіб фінансові бар'єри для доступу до цього обслуговування усуваються.

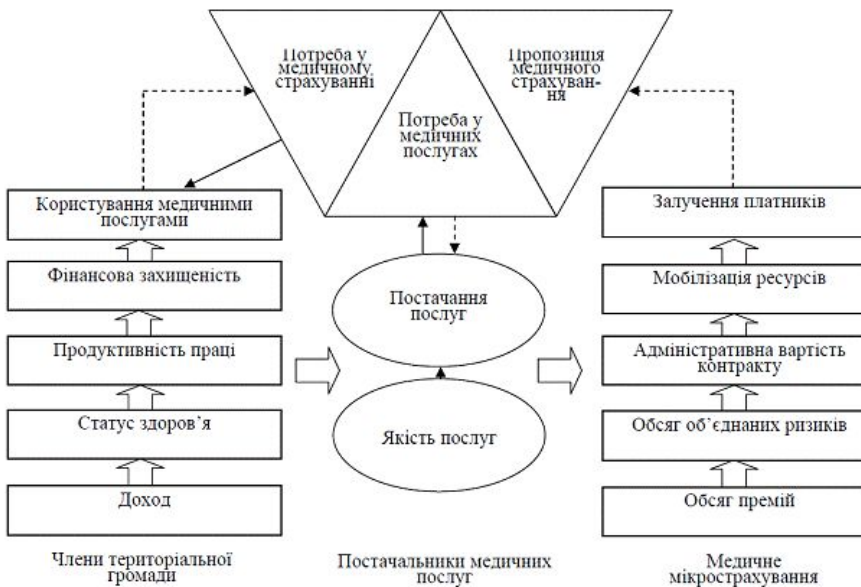


Рисунок 1. Механізм формування попиту і пропозиції медичних послуг при впровадженні схеми медичного мікрострахування у територіальній громаді

Незважаючи на можливу відсутність грошових доходів під час хвороби, та на відносно високі щодо їх доходу збори з користувачів застрахована особа може легко отримати лікування в медичній установі. Такий сценарій на рівні територіальної громади потенційно чинить вплив у трьох напрямках:

(1) Вплив на користувачів. Застрахованим членом громади більше не потрібно шукати кредити або продавати активи. Вони швидше відновлюються після хвороби, оскільки нема ніяких затримок в отриманні медичної допомоги. Враховуючи той факт, що люди в сільській місцевості для отримання доходів в основному покладаються на продуктивність власної праці та на наявні активи, такі як худоба, техніка, продуктивні сортові рослини, серйозного зниження доходів не відбувається, оскільки виробничі активи перебувають під захистом, а люди можуть повернутися на роботу раніше. Доходи стабілізуються і, можливо, за кінцевими результатами протягом усього року можуть навіть збільшитися. Споживання буде більш стабільним а, можливо, поліпшиться, що позитивно вплине на здоров'я усіх членів родини. Одночасне підвищення споживання і поліпшення здоров'я сприятиме збільшенню сумарного доходу. У середньо-і довгостроковій перспективі позитивний досвід медичного мікрострахування окремих домогосподарств або членів громади у плані негайного доступу до медичної допомоги сприятиме підвищенню довіри до нової організації. Він також заохочуватиме людей продовжити своє членство і переконувати інших приєднатися до схеми. Таким чином, попит на медичне страхування може зростати, як показано на рис. 1 пунктирною лінією зворотного зв'язку.

(2) Вплив на постачальника(ів) медичних послуг. Враховуючи той факт, що люди можуть бути готові витратити більше коштів на забезпечення доступу до медичної допомоги, ніж вони можуть платити на момент користування медичними послугами під час хвороби, а також те, що здоровим людям легше нести фінансовий тягар хвороби разом з хворими за допомогою страхування, мобілізуються додаткові фінансові ресурси медичного обслуговування територіальної громади. Підвищиться використання медичних установ, які у даний час переважно недовикористовуються. Частина ресурсів може бути використана для розширення доступу або поліпшення якості медичної допомоги за рахунок збільшення наявності ліків і покупки додаткового необхідного медичного обладнання. З поліпшенням якості медичної допомоги люди у разі хвороби очікуватимуть розумного співвідношення ціни і якості, що, у свою чергу, сприятиме підвищенню попиту на страхування (пунктирна лінія зворотного зв'язку).

(3) Вплив на систему страхування. При реалізації напрямів 1 і 2 членство у схемі ММС збільшуватиметься. Це сприятиме зниженню адміністративних витрат на забезпечення страхування одного члена. Крім того, при збільшенні кількості учасників схеми страхування ризики стануть дедалі більш обчислюваними. У комерційному страхуванні ідея зростаючого попиту зазвичай передбачає зростання цін, а у випадку мікрострахування силами територіальної громади це сприяє зниженню розміру внеску через так званий "ефект масштабу". Зниження розміру внесків, швидше за все, стимулюватиме підвищення попиту на страховку і розширення обсягу охоплення. Крім того, ММС, як агентство, що виражає інтереси і потреби своїх членів, може сприяти профілактиці і здоровому способу життя. Санітарна освіта та усвідомлення проблем зі здоров'ям є ефективним чинником поліпшення громадського здоров'я та протидії ескалації витрат.

Сценарій, представлений тут, здається занадто оптимістичним відносно того, що може бути досягнуто шляхом введення медичного мікрострахування як нового інституту у сільських територіальних громадах. Звісно, переваги, описані тут – підвищення якості обслуговування, розширення доступу до медичної допомоги, поліпшення здоров'я, більш високі і стабільні доходи – не можуть бути реалізовані без регулюючого і підтримуючого впливу держави. Йдеться, передусім, про вдосконалення нормативно-правової бази державного регулювання у сфері мікрокредитування. На сьогодніні в Україні проблеми мікрокредитування і мікрострахування регулюються законами України «Про страхування», «Про кредитні спілки», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та низкою інших нормативних актів. Про актуальність вдосконалення державного регулювання у сфері страхової діяльності свідчить рішення Конституційного суду України N 27-рп/2008 від 3 грудня 2008 року у справі N 1-30/2008 про повноваження Держфінпослуг щодо нагляду за страховою діяльністю. В цілому слід зазначити, що мікрокредитуванню у сфері охорони здоров'я не приділяється належної уваги, оскільки державні кредитні програми орієнтовані в основному на сільськогосподарське виробництво. У той же час, необхідність розробки та впровадження кредитної політики у сфері охорони і підтримки здоров'я населення на рівні територіальних громад, що спирається на відповідну нормативно-правову базу, вже давно назріла.

Існують і деякі інші проблеми, що мають бути враховані при проектуванні схем ММС, такі як неефективне управління фондом ММС, наявність організаційних бар'єрів доступу до медичних закладів, або перешкоди для домогосподарств на побутовому рівні. Крім того, чималою проблемою може виявитися підтримка балансу між мобілізацією ресурсів за допомогою страхування з одного боку та збільшенням витрат на надання медико-санітарної допомоги за рахунок підвищення коефіцієнта використання – з іншого.

У той час, як недоріг, високочастотні епізоди хвороб можуть бути подолані в рамках розширеної сім'ї, ризик госпіталізації може бути розподілений у межах територіальної громади. Це має потенційний позитивний вплив на здатність домогосподарств стабілізувати своє споживання, а також на пропозицію робочої сили, продуктивність праці та стан здоров'я застрахованих членів громади. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на аналіз і оцінку цих ефектів, що дало б політикам більш чітке уявлення про соціальні витрати і вигоди від впровадження медичного страхування для малозабезпечених.

Участь у програмі страхування та діяльності місцевих організацій не безкоштовна і вимагає мінімального доходу, якого члени громади, що опинились у найбільш несприятливому становищі, часто не мають у своєму розпорядженні. Таким чином, донорки і політики повинні розуміти, що може бути дуже важко, навіть неможливо, залучити найбільш вразливу частину громади до участі у місцевих інституціях. У вирішенні цієї проблеми провідна роль належить державі. Для найбільш вразливих членів спільноти вартість участі у схемах ММС повинна бути зменшена або у межах самої схеми або за рахунок державного субсидювання. Тут можуть бути застосовані механізми пов'язання коштів місцевого та державного бюджетів. Оскільки головною метою соціального фінансування є інвестиції на користь найбільш вразливих верств населення, і у більшості випадків саме державний сектор є головним розпорядником соціальних фондів, такі механізми підтримки сприятимуть також зміцненню зв'язків територіальної громади з формальною системою охорони здоров'я. Але державна фінансова підтримка таких схем доцільна лише у випадках, коли схеми ММС відповідають певним умовам, таким, скажімо, як забезпечення широкомасштабного доступу, оперативність та прозорість фінансової звітності, наявність управлінського досвіду і т. ін. Важливим моментом тут є відмова від механізму мобілізації ресурсів, заснованому на оплаті конкретної послуги. Адаже заохочення передоплати усіх послуг і розподілу ризиків прямо і непрямо впливають безпосередньо на рівень бідності. Прямим впливом є запобігання зубожіння, пов'язаного з катастрофічними витратами на охорону здоров'я. Непрямим ефектом забезпечення доступу до медичних послуг та поліпшення здоров'я є підвищення шансів для найбільш вразливих верств населення повною мірою скористатися своїми економічними та соціальними можливостями.

Висновки. Мікрофінансування може покращити доступ до фінансових ресурсів сільського населення. Воно може включати мікрокредити для інвестування у громадські структури охорони здоров'я або послуги з мікрострахування задля покращення стратегії управління ризиками здоров'я. На рівні територіальних громад воно може стати важливим елементом і цілком першим кроком розширення доступу сільського населення до медичної допомоги. Для подолання існуючих обмежень необхідне подальше вироблення механізмів зовнішньої фінансової підтримки, такої, як державні субсидії, донорство, перестрахування, а також інтеграція медичного страхування у схеми мікрофінансування.

Державна підтримка впровадження та розвитку громадського медичного мікрострахування має реалізовуватись через реструктуризацію державного фінансування охорони здоров'я на місцевому рівні з передбаченням коштів на підтримку громадських фондів медичного мікрострахування, включення у сферу сільськогосподарської дорадчої діяльності послуг з підвищення рівня знань та вдосконаленні практичних навичок у створенні фондів медичного мікрострахування на рівні територіальних громад, спрощення процедур ліцензування діяльності місцевих схем медичного мікрострахування з залучення коштів та надання страхових

послуг тощо.

Подальші дослідження необхідно здійснити у сфері пошуку засобів і механізмів запровадження схем медичного мікрострахування, а також інструментів їх пов'язання з іншими соціальними ризиками з подальшою інтеграцією у соціальні фонди.

Список використаних джерел

1. Стрельбіцький П.А. Товариства взаємного страхування: зародження, розвиток, становлення [Текст] / П.А. Стрельбіцький // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – 2003. – № 2(6). – с.264-271. – [Фінанси, грошовий обіг та кредит]
2. Твердомед К.М. Кооперативне страхування в Україні в період непу [Текст]/ К. М. Твердомед // Право України. – 2003. – № 2. – С.135-139.
3. Навроцький С.А. Розвиток товариств взаємного страхування в АПК [Електронний ресурс]/ С.А. Навроцький // Інтернет-журнал «Фориншурер» від 04.12.2002. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/02/12/04/139>
4. Пантелеймоненко А.О. Західноєвропейські товариства взаємного страхування та страхові кооперативи: сутність організації, зміст діяльності і значення [Електронний ресурс] / А. О. Пантелеймоненко // Українська кооперація. – 2011. – № 4. – Режим доступу: <http://www.ukrcoop-journal.com.ua/num/pantelejmonenko1.htm>
5. Dror D. Micro-insurance: extending health insurance to the excluded / D.Dror & C.Jacquier // International Social Security Review/ – 1999. – № 52 (1). – P. 71–98.
6. Atim C. Contribution of mutual health organisations to financing delivery and access to health care: synthesis of research in nine West and Central African countries / C.Atim. – Bethesda: Abt Associates Inc., 1998. – 102 p. – [Partnerships for Health Reform. – Technical report No. 18]
7. Gilson L. The equity impacts of community-financing activities in three African countries. / L.Gilson, D. Kalyalya, F.Kuchler, S.Lake, H.Oranga, & M.Ouendo // International Journal of Health Planning and Management. – 2000. – №15. – p.291–317.
8. Bennett S. Health insurance schemes for people outside formal sector employment / S. Bennett, A. Creese, & R.Monash. – Geneva: WHO, 1998. – 121 p. – [ARA Paper № 16]

Стаття надійшла до редакції 17.06.2011 р.



ТОВ "ДКС Центр"