

СТРАХОВА МЕДИЦИНА І МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: НЕОБХІДНІСТЬ, СУТЬ, СПОСОБИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

С. С. Котова, кандидат економічних наук

Основною метою соціального розвитку держави є збереження здоров'я людини, запобігання розвитку хвороб та інвалідності. Здоров'я громадян значною мірою впливає на економічний, соціальний і культурний розвиток країни, демографічну ситуацію, стан національної безпеки [1, с. 9].

Очевидно, що через кардинальні перетворення у суспільному житті виникають складні завдання перед охороною здоров'я. Попри обмежене бюджетне забезпечення галузь повинна витримувати конкуренцію. Необхідно залучати додаткові кошти, забезпечувати населення якісною безоплатною медичною допомогою та протидіяти соціально зумовленим захворюванням [2, с. 28].

На сучасному етапі розвитку галузі, фінансові забезпечення, які передбачені в державному та місцевих бюджетах, не відображають її потреби, а лише визначені економічними можливостями держави. Фінансове забезпечення залишається майже єдиним реальним і стабільним джерелом доходу [3, с. 30]. Для підвищення ефективності функціонування, особливо в умовах ринкової економіки, система охорони здоров'я потребує суттєвої реорганізації щодо збільшення обсягів фінансового забезпечення.

Залежно від форм фінансового забезпечення системи охорони здоров'я розрізняють: державну медичну охорону здоров'я (лікувально-профілактичні заклади держави, які фінансуються державою); некомерційну страхову медицину – систему охорони здоров'я, яка базується на обов'язковому медичному страхуванні; комерційну страхову медицину – система охорони здоров'я, побудована на основі приватного (добровільного) медичного

страхування (американський варіант); приватну медицину – систему, при якій лікувальні заклади є приватними, а медичні послуги оплачує безпосередньо населення [4, с. 45].

Страхова медицина базується на принципах медичного страхування, що є способом захисту населення від соціальних чинників ризику. Відомі два типи медичного страхування – обов'язкове й добровільне. Фонди їх фінансування формуються з різних джерел. Тариф за надання медичної допомоги застрахованим при обов'язковому медичному страхуванні визначається її собівартістю та рентабельністю без урахування прибутку. Добровільне медичне страхування супроводжується формуванням фондів за рахунок внесків платоспроможного населення.

Запровадження страхової медицини – передумова і своєрідна підготовка до роботи медичних установ в умовах конкуренції. Найважливішим критерієм оцінки повинна стати якість виконаної роботи. В умовах страхової медицини має стимулюватись індивідуальна праця, розвиток лікувально-профілактичних установ, заснованих на різних формах власності, що реально моделює децентралізовану, більш гнучку систему охорони здоров'я.

Успіх реформування охорони здоров'я, досягнення якісного рівня медичної допомоги і підвищення показників здоров'я населення значною мірою залежить від правильного вибору моделі фінансового забезпечення – адекватної існуючим соціально-економічним і політичним умовам. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я певною мірою відповідають загальноновизнаним системам організації охорони здоров'я, але організацію охорони здоров'я кожної країни можна умов-

но віднести до однієї з трьох систем: модель Семашко (Н. Семашко); бевериджська модель (У. Беверідж); бісмарківська модель (О. Бісмарк) [5, с. 39].

Модель Семашко заснована на фінансовому забезпеченні з державного бюджету. Основна частина коштів надходить із державного бюджету і розподіляється по управлінській вертикалі. Централізоване асигнування дає змогу стримувати зростання вартості лікування [6, с. 135]. Друга модель фінансового забезпечення бевериджська, вона характерна для США, Ізраїлю, Південної Кореї, Нідерландів, країн, де існує приватна охорона здоров'я та добровільне страхування населення. Самостійно оплачувати дороговартісне платне лікування може лише певне коло людей. За більшість працюючого населення страхові внески сплачують роботодавці [7, с. 84]. Третя, бісмарковська модель, характерна для більшості країн, зокрема Німеччини, Італії, Франції, Швеції, Японії. У ній поєднано бюджетні кошти із позабюджетними. По суті, це модель медичного страхування.

Описані вище світові моделі фінансового забезпечення національних систем охорони здоров'я неможливо у чистому вигляді запровадити у практику України. Нині у вітчизняній системі охорони здоров'я використовують модель Семашка, хоча вона і не повною мірою задовольняє потреби галузі. З урахуванням сучасного економічного стану держави, рівня життя населення, його платоспроможності, найбільш прийнятною для України була б бевериджська модель. Втім, населення поки що не в змозі сплачувати значні кошти за лікування, що якраз є передумовою запровадження бевериджської моделі асигнування системи охорони здоров'я. З огляду на це, існують об'єктивні умови активізації сфери використання моделі Бісмарка, тобто страхової медицини. За рахунок регулярних страхових внесків роботодавців за працююче населення, платежів за непрацююче населення та значних вливань за рахунок добровільного медичного страхування можливо покращити фінансовий стан закладів охорони здоров'я. Водночас фінансова база медичних установ і надалі має поповнюватись коштами з державного

бюджету. По суті йдеться про запровадження бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я з прямою формою організації фінансового забезпечення [6, с. 136].

У разі поєднання бюджетного асигнування медичної допомоги на страховій основі, громадяни зможуть отримати безоплатну медичну допомогу за рахунок бюджету і певної частки добровільного та обов'язкового медичного страхування. Побудова системи змішаних форм фінансування медичного страхування і управління ним виглядає найбільш перспективною формою забезпечення здоров'я громадян і взаємозалежно покращує якість людського ресурсу України у майбутньому.

На рис. 1 наведено схему бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я України відповідно до змісту Пояснювальної записки до проекту Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування».

З огляду на це, обов'язкове медичне страхування (ОМС) становитиме 35 % фінансових надходжень; добровільне медичне страхування (ДМС) та інші надходження – 10 % (з первинною медико-санітарною допомогою (ПМСД), спеціалізованою і високо спеціалізованою допомогою), а державний та місцеві бюджети становлять 55 % від загального фінансування.

В Україні опрацьовано кілька підходів до запровадження системи обов'язкового медичного страхування (рис. 2). Кожен із них має суттєві концептуальні розбіжності та недоліки. Так, у підходах, які передбачають створення організаційної моделі медичного страхування із залученням комерційних страхових компаній, виокремлено такі недоліки: відбір застрахованих – бажання страховика застрахувати, переважно, здорове та працездатне населення; ризики банкрутства та неплатоспроможності страховиків; низький рівень керованості системи страхування [8, с. 93].

Суттєвою перешкодою на шляху реформи є недосконалість вітчизняного законодавства, зокрема галузевого. Насамперед це стосується норм статті 49 Конституції України, яка унеможливує розпочати масштабну роботу з оптимізації мережі державних і комунальних

закладів охорони здоров'я, в тому числі відомчих, вирішити питання залучення коштів населення та надання платних медичних послуг,

збалансувати обсяг зобов'язань держави щодо надання безоплатної медичної допомоги з фінансовими ресурсами системи.

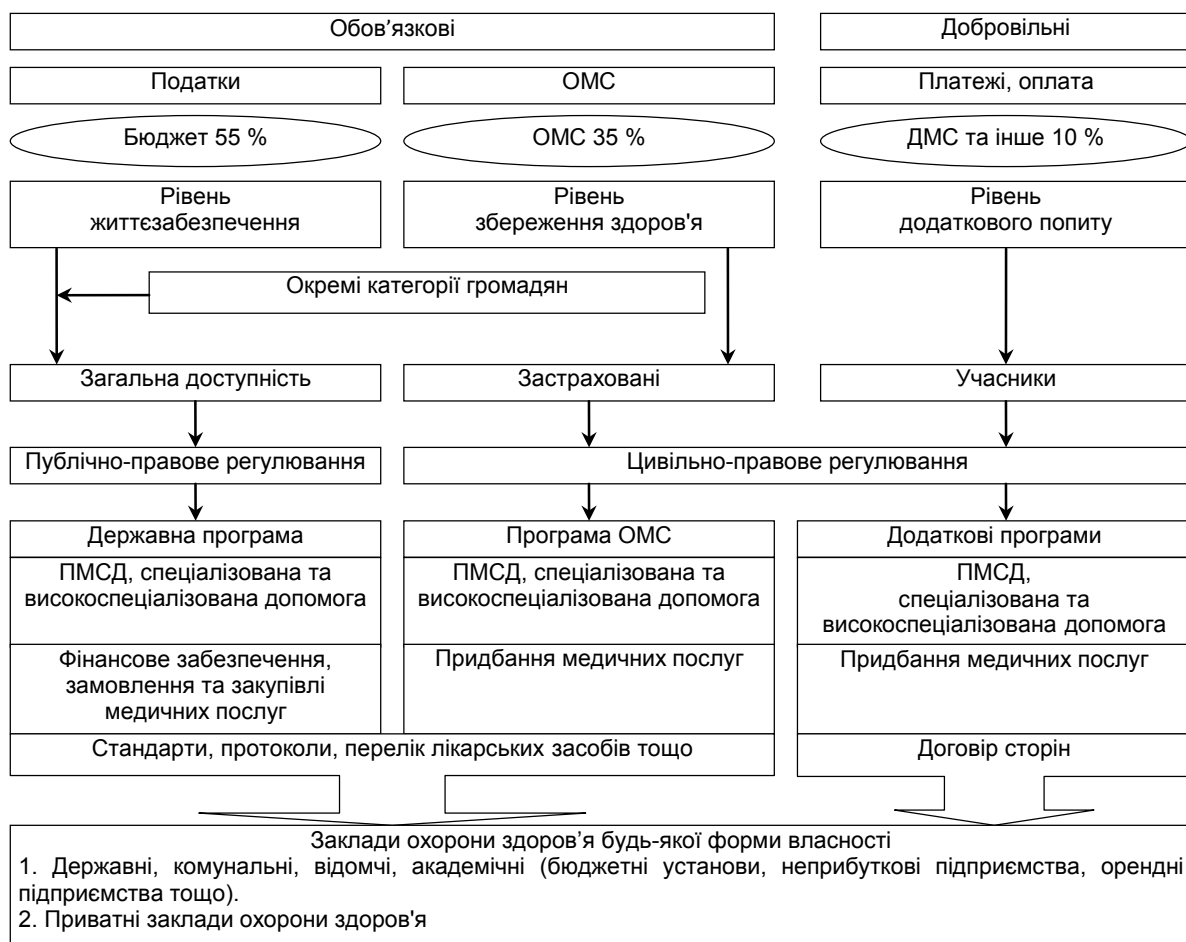


Рис. 1. Схема бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я України

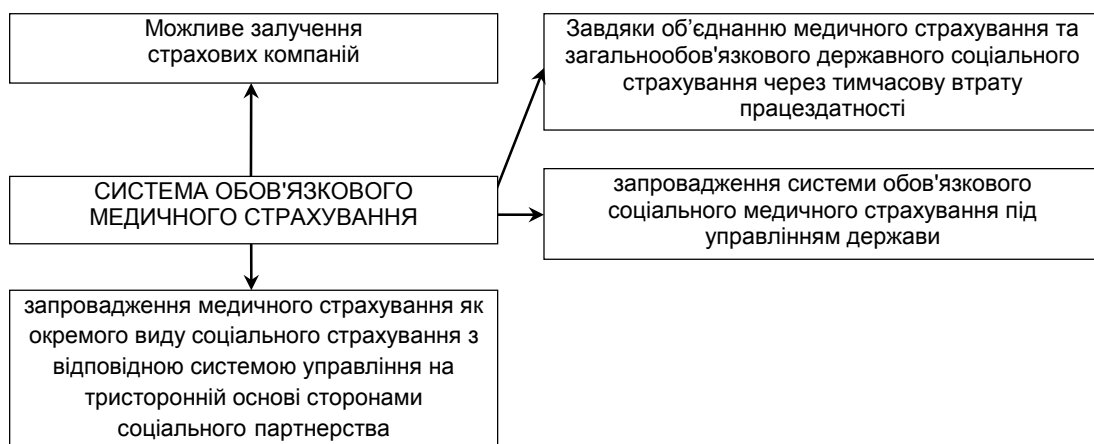


Рис. 2. Підходи до запровадження системи обов'язкового медичного страхування

Головним результатом переходу до обов'язкового медичного страхування пови-

нна стати активізація структурних перетворень у галузі. У разі використання ефективного

механізму розподілу ресурсів під тиском економічних стимулів система охорони здоров'я буде трансформуватися у бік оптимального співвідношення первинної, спеціалізованої і високоспеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги.

Таким чином, поетапне впровадження соціальної страхової медицини може стати передумовою подолання кризи у медичній галузі та забезпечити формування принципово нової правової, соціально-економічної, фінансової та організаційної системи взаємовідносин між надавачами й одержувачами медичних послуг, яка має бути побудована на взаємній відповідальності сторін, системі підтримки в тому числі і фінансовій, та контролю з боку органів державної влади, місцевого самоврядування і страховиків [9, с. 52; 8, с. 94].

ЛІТЕРАТУРА

1. Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні (аналітична довідка МОЗ України): інформаційно-аналітичні матеріали до парламентських слухань // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 2 (34). – С. 9–17.
2. Медичне середовище: структура та принципи побудови в умовах ринкової економіки / Г. В. Бесполудіна, А. А. Висоцький, А. В. Жила, М. С. Журавльова // Главный врач. – 2008. – № 12. – С. 28.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – Київ, Одеса: Моряк, 2001. – С. 12, 14–16.
4. Кардаш В. Е. Економічні аспекти страхової медицини і логістика в охороні здоров'я / В. Е. Кардаш, А. П. Зубович // Главный врач. – 2004. – № 4. – С. 45–48.
5. Марковська Н. С. Аналіз моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні / Н. С. Марковська, О. Ю. Косих // Главный врач. – 2004. – № 4. – С. 38–40.
6. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О. Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С. 130–136.
7. Алексеева А. Модели финансирования здравоохранения / А. Алексеева // Главный врач. – 2005. – № 2. – С. 83–84.
8. Котова С. С. Проблеми запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування в Україні / С. С. Котова // Економічний аналіз: зб. наук. пр. / Тернопільський нац. екон. ун-т. – Тернопіль: ТНЕУ, 2010. – Вип. 6. – С. 91–96.
9. Багатоканальна модель фінансування лікувально-профілактичних закладів (на прикладі медичних закладів Укрзалізниці) / Є. М. Кісельов, С. В. Бурлаєнко, І. Г. Кірпа та ін. // Главный врач. – 2004. – № 4. – С. 51–52.

УДК 338.21

ДИНАМІКА РУХУ УКРУПНЕНИХ ТРУДОВИХ ПОТОКІВ ПІД ВПЛИВОМ СТРУКТУРНОГО ДИСБАЛАНСУ РИНКУ ПРАЦІ В УКРАЇНІ

Н. Є. Муромець, кандидат економічних наук

Погіршення макроекономічної ситуації, зумовлене посиленням кризових явищ в економіці України, призвело до збільшення диспропорцій розвитку національного ринку праці наприкінці 2008 р. Насамперед це стосується розбалансування попиту та пропозиції звуження можливостей застосування праці,

збільшення масштабів безробіття. Виникає необхідність оцінити вплив структурного дисбалансу ринку праці України на посилення інтенсивності руху трудових потоків.

Еволюція досліджень в області руху населення й трудових ресурсів привела до виникнення об'єктивної необхідності комплексно-