

В.Д. Парій (Київ)

ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРНЯНИХ КАС У СПЕКТРІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Розкрито особливості діяльності лікарняних кас та добровільного медичного страхування в Україні, проаналізовано джерела фінансування та ефективність зазначених структур, показано їх роль у реформуванні системи охорони здоров'я в сучасних умовах.

Ключові слова: лікарняна каса, контроль якості, реформування, добровільне медичне страхування.

В Україні діє система охорони здоров'я, яка побудована за роки радянської влади і відноситься до низькоефективних галузей економіки. Вона характеризується недосконалим процесом бюджетного фінансування, недостатнім контролем за якістю наданих послуг і наявністю «тіньових схем». Як наслідок, показник смертності в 2,4 рази вищий, а середня тривалість життя менша на 6 років, ніж у Європі.

Перехід до соціально орієнтованих і ринкових принципів охорони здоров'я на основі різних форм власності, а також пошук шляхів подолання основних проблем галузі, зокрема, відсутність необхідних фінансових ресурсів, незадовільний стан медичного обслуговування населення, складна демографічна ситуація, високий рівень захворюваності населення – все це обумовлює необхідність нового підходу до формування товарно-ринкових відносин у галузі та переходу до системи, яка базується на поширенні страхової медицини. Процеси реформування в нашій державі формують необхідність вдосконалення охорони здоров'я в напрямку створення системи, яка б відповідала сучасним світовим зразкам [2]. Незважаючи на постійне зростання фінансування галузі охорони здоров'я, структура витратків суттєво не змінилася, в т.ч. частка витрат на медикаментозне забезпечення становить 7–8% [4]. З огляду на це важливим напрямом реформування галузі повинен бути пошук соціально адаптованих і економічно раціональних форм залучення коштів населення для медичного забезпечення і формування ідеології охорони здоров'я, що спостерігається в усіх розвинених державах світу [2;3]. Це стосується насамперед принципу суспільної солідарності й розвитку недержавного сектору медичного забезпечення, що є основою будь-якої прогресивної демократичної системи. Такий розвиток охорони

здоров'я в нашій державі ще не набув широкого утвердження [5].

Мета роботи – дослідити діяльність лікарняних кас (ЛК) в Україні, визначити їх роль у реформуванні галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на основі методу системного аналізу даних щодо участі населення у добровільному медичному страхуванні (ДМС) і ЛК.

Результати дослідження та їх обговорення

При існуючому обсязі бюджетних коштів діюча система охорони здоров'я не може забезпечити якісне медичне обслуговування населення. За інформацією Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, нині лікарня отримує 5–6 грн на ліжко на добу, а 50–60% витрат перекладається на пацієнтів. Механічна ж заміна бюджетного фінансування та доповнення його коштами обов'язкового медичного страхування, яке, за інформацією МОЗ України, з'явиться не раніше 2016 р., не дасть відчутних результатів, якщо чиновники й надалі контролюватимуть грошові потоки галузі. Вихід один – фінансування галузі повинно бути багатоканальним, а кошти кожного джерела мають використовуватися ефективно. До основних причин низької ефективності системи охорони здоров'я Всесвітня організація охорони здоров'я відносить: нераціональне використання ліків, необґрунтовану госпіталізацію, надмірне використання інструментальної діагностики, корупцію, шахрайство тощо. Однак вирішення зазначених проблем залежить не

Таблиця

Динаміка добровільного медичного страхування в Україні
протягом 2008–2010 рр. (усього млн грн)

Страхові премії			Страхові виплати			Рівень відшкодування, %		
2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
578,3	605,7	678,9	406,8	473,6	522,2	58,11	78,20	76,91

лише від держави, але й від самих органів охорони здоров'я країни.

В Україні під час формування ринкової економіки прийнято Закон «Про страхування» (1996 р.), яким передбачено можливості розвитку ДМС, сформульовано загальні вимоги до страхових організацій. Страхові компанії України, які займаються ДМС, завдяки систематичній і наполегливій праці, пов'язаній з роз'яснювальною роботою серед населення, накопичили певні фінансові ресурси. Мобілізація таких ресурсів показана в таблиці.

За наведеними даними, в Україні ДМС має позитивну тенденцію – зростають страхові премії та страхові виплати.

За оцінками аналітиків, істотне зростання ринку ДМС можливе лише після введення норм обов'язкового медичного страхування, з оплатою за рахунок коштів роботодавців. Головною перевагою цієї норми буде масовість. При цьому знизити тарифи на послуги медичного страхування можна за умови, що ДМС буде задіяне в усіх галузях економіки.

Незважаючи на позитивні тенденції розвитку ДМС на теренах вітчизняного страхового ринку, даний сегмент не можна вважати достатньо розвинутим, як це відбувається в європейських країнах. Такий стан можна пояснити тим, що не всі страховики готові до співпраці із закладами охорони здоров'я, оскільки, на їх думку, це не лише організаційно складно, але й неприбутково, з точки зору страхових виплат, рівень яких становить 60–80%, а по окремих компаніях і більше, що зумовлює діяльність вітчизняних страховиків практично на межі рентабельності. Своєю чергою, і населення не зацікавлене в купівлі полісів ДМС, оскільки вони досить дорогі (вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 у.о. на людину на рік).

Важливою проблемою, крім цінового фактора, є те, що ринок ДМС розвивається, як правило, за рахунок корпоративного напрямку. За таких умов компанії страхують водночас 100–500 працівників, серед яких є чимало таких, які взагалі не звертаються до лікарів, хоча й мають страховий поліс.

Слід зазначити, що сьогодні страхові компанії України не мають реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг і важелів впливу на поліпшення якості обслуговування саме в закладах

охорони здоров'я державної форми власності. На розвиток ДМС негативно впливає політична та економічна нестабільність, низький рівень доходів населення, непослідовний підхід до реформування соціального сектору, відсутність оптимальної податкової політики тощо.

Одним із напрямків реформування галузі для підвищення якості й доступності медикаментозного забезпечення стала солідарна участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі ЛК. Понад 100 років тому ЛК були основою для впровадження страхової медицини. Сучасне ДМС в Україні не набуло такого поширення, щоб стати базою для впровадження обов'язкового страхування. Тому відновити після майже 100-річної перерви роботу ЛК в Україні змусили реалії життя: недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я; повільні темпи її реформування щодо запровадження багатоканального фінансування; відсутність обов'язкового медичного страхування та необхідність залучення додаткових коштів на потреби медичного обслуговування населення. Сьогодні ЛК розглядаються як громадські об'єднання населення, яке не бажає чекати від держави безплатних соціальних гарантій і готове самостійно на засадах громадсько-солідарної участі забезпечувати необхідні засоби для доступної та якісної медичної допомоги членам організацій [1].

У діяльності ЛК використовуються елементи страхових технологій, що значно знижує фінансові затрати населення при зверненні по медичну допомогу, сприяє забезпеченню необхідних її обсягів та стимулює підвищення рівня медичних послуг у зв'язку з наявністю в окремих із них системи контролю якості надання медичної допомоги. Розвиток ЛК сприяє вирішенню одного з основних завдань галузі – забезпечити доступність тих видів медичної допомоги, які недостатньо фінансуються за рахунок бюджетних коштів, збільшити об'єм та якість необхідних населенню медичних послуг і забезпечити належний контроль за їх наданням.

Лікарняна каса – це членська, самостійна, неприбуткова, недержавна організація, основною метою якої є надання цільової безповоротної допомоги закладам охорони здоров'я, кошти цієї організації можуть використовуватися лише на медикаментозне, діагностичне та консультативне забезпечення її членів. ЛК функціонують у правовому полі, створеному згідно із Законами «Про благодійництво та благодійні організації» та «Про

об'єднання громадян». ЛК мають перспективи подальшого розвитку майже в кожному регіоні. Завдяки цьому члени ЛК самостійно, не чекаючи з боку держави безоплатних соціальних гарантій, на засадах солідарної участі отримують якісну медичну допомогу.

За оперативними даними МОЗ України, станом на 01.01.2012 р. в Україні функціонувало 217 ЛК. Загальна кількість їх членів – 664 тис. осіб: найбільше – у Житомирській (216 тис. осіб), Чернігівській (70 тис. осіб) та Миколаївській (67 тис. осіб) областях.

До складу ЛК увійшли такі категорії населення: працюючі – 414,2 тис. осіб (62,4%, у т.ч. 108,3 тис. медичних працівників); пенсіонери – 138,2 тис. осіб (20,8%); діти – 52,4 тис. осіб (7,9%); інші категорії населення – 58,8 тис. осіб (8,9%).

Сумарний обсяг коштів, акумульованих ЛК у 2011 р., становив 85,7 млн грн. Найбільші суми надійшли до ЛК Житомирської (31,1 млн грн), Полтавської (9,7 млн грн) і Чернігівської (8,4 млн грн) областей. Питома вага коштів, які сплатили підприємства, установи та організації з прибутку за своїх співробітників у загальних надходженнях до ЛК, дорівнювала 1,9 млн грн (2,2%).

Сума витрат коштів ЛК у цілому по Україні за 2011 р. становила 83,2 млн грн, у т.ч.: на придбання медикаментів і виробів медичного призначення – 73,3 млн грн (80%); ведення справ та утримання ЛК – 15,6 млн грн (18%); інші витрати – 1,3 млн грн (2%). Результати діяльності ЛК в окремих регіонах показали, що ці організації на сучасному етапі є потужним джерелом залучення позабюджетних коштів для надання медичної допомоги населенню.

За рахунок ЛК медикаменти та вироби медичного призначення отримало 516,6 тис. осіб (78% від загальної кількості їх членів). У середньому з розрахунку на 1 члена ЛК у 2011 р. надходження становили 129 грн, витрати – 125 грн.

З метою інтеграції ЛК України, обміну досвідом роботи, удосконалення організації управління процесами в ЛК у межах чинного законодавства, формування єдиного інформаційного поля між ЛК України, у 2007 р. створено Всеукраїнську громадську організацію «Асоціація працівників лікарняних кас України». Стосунки між асоціацією та ЛК укладаються на основі угод про медичний супровід членів ЛК, завдяки чому члени ЛК з будь-якого регіону мають змогу отримувати необхідну медичну допомогу. Слід зазначити, що медичний супровід проводиться при лікуванні у м. Києві, Донецькій, Житомирській, Кіровоградській, Полтавській, Рівненській та інших регіонах.

В Україні ЛК активно налагоджують співпрацю із закладами охорони здоров'я з урахуванням реформування галузі. Це підтверджено такими діями:

1. Сприяння поліпшенню якості надання медичної допомоги шляхом упровадження локальних клі-

нічних протоколів і лікарського формуляру (у Житомирській області з 2000 р. вийшло 7 видань формуляру, у Полтавській – 5).

2. Запровадження системи контролю та управління якістю медичної допомоги. У ЛК запроваджено 4-рівневу систему контролю якості лікувально-діагностичного процесу: громадський контроль, лікар-експерт закладу охорони здоров'я, лікар-експерт ЛК, контрольно-експертна комісія обласного управління охорони здоров'я.
3. Розвиток первинної медичної допомоги та сімейної медицини. У ЛК відпрацьовано механізми взаємодії із сімейними лікарями як фондоутримувачами коштів дільниць, на яких вони працюють. Медикаментозне забезпечення члени ЛК отримують на всіх рівнях надання медичної допомоги: від фельдшерсько-акушерського пункту до спеціалізованих центрів.
4. Впровадження клінічних протоколів надання медичної допомоги. У ЛК в основу контролю якості покладено дотримання протоколів лікування та проведення фармакоеконімічних методів аналізу (ABC-VEN аналіз).
5. Підготовка до впровадження обов'язкового медичного страхування. В ЛК запроваджено персоніфікований облік надходжень і витрат коштів по кожному громадянину, відпрацьовано систему договірних взаємовідносин із закладами охорони здоров'я, підприємствами, банківськими установами. В результаті діяльності ЛК формується позитивне ставлення до них: у населення – щодо необхідності участі у співплаті медичних послуг; у медичних працівників – щодо необхідності стандартизації медичних послуг (лікарський формуляр і протоколи лікування).
6. Раціональний фармацевтичний менеджмент і маркетинг. За рахунок раціональної організації закупівлі ліків вартість медикаментів нижча за відповідну в аптечній мережі (на 30–40%).
7. Формування єдиного медичного простору. За рахунок відпрацьованих договірних взаємовідносин між ЛК і закладами охорони здоров'я член ЛК має змогу отримувати медичну допомогу в єдиному медичному просторі, незалежно від джерел фінансування, на території більшості регіонів України.
8. Підготовка менеджерів охорони здоров'я. Лікарняні каси готують нову формацію менеджерів охорони здоров'я – лікарів-експертів, які володіють методиками ціноутворення медичних послуг, фармакотерапевтичними та фармакоеконімічними методами аналізу.

Висновки

Отже, результати діяльності ЛК свідчать, що на сучасному етапі відповідно до своїх організаційно-

методичних особливостей ці організації можуть бути прообразом ДМС і несуть у собі той потенціал навичок, який дасть змогу населенню і медичним працівникам опанувати основи державного медичного страхування. В умовах складної фінансово-економічної ситуації в державі та недостатнього фінансування галузі охоро-

ни здоров'я діяльність ЛК є найбільш оптимальною формою солідарної участі населення у цьому процесі.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення діяльності ЛК в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

Список літератури

1. *Дослідження ефективності впровадження локальних клінічних протоколів у закладах охорони здоров'я Житомирської області / В. Д. Парій, О. К. Толстанов, В. С. Мишківський, С. М. Гришук // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 142.*
2. *Мишківський В. С. Лікарняна каса Житомирської області: 10-річний досвід підвищення якості та доступності медичних послуг / В. С. Мишківський, С. М. Гришук // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 5. – С. 47–51.*
3. *Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: современный контекст. – К. : Книга-плюс, 2012. – 320с.*
4. *Парій В. Д. Досвід співучасті населення у фінансуванні медичних послуг / В. Д. Парій, В. С. Мишківський, С. М. Гришук // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, м. Житомир, 23–25 жовтня 2008 р. – К. – Житомир, 2008. – Т. 2. – С. 166–167.*
5. *Полозенко Д. В. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я в Україні / Д. В. Полозенко, В. Д. Парій // Фінанси України. – 2012. – №3. – С. 83–89.*

Дата надходження рукопису до редакції: 01.11.2012 р.

Деятельность больничных касс в спектре реформирования системы здравоохранения в Украине

В.Д. Парий (Киев)

Раскрыты особенности деятельности больничных касс и добровольного медицинского страхования в Украине, проанализированы источники финансирования и эффективность указанных структур, показана их роль в реформировании системы здравоохранения в современных условиях.

Ключевые слова: больничная касса, контроль качества, реформирование, добровольное медицинское страхование.

Sick-funds activity as an element of healthcare reform in Ukraine

V.D. Pariy (Kyiv)

Features of sick-funds activity and voluntarily medical insurance in Ukraine are reviewed, sources of funding and efficiency of the aforementioned structures are analyzed, and their role in modern terms healthcare reform is shown.

Key words: sick-fund, quality control, reformation, voluntarily medical insurance.

Рецензент: к. мед. н. М.В. Шевченко.