

УДК 369.068(477)

Новосад Я. С.

Львівська державна фінансова академія

ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У статті висвітлено основні причини інертності запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Проаналізовано основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я. Розглянуто законодавчу базу стосовно запровадження системи обов'язкового медичного страхування. Визначено низку потрібних заходів щодо реалізації обов'язкового медичного страхування в Україні.

Ключові слова: соціальне медичне страхування, медична допомога, медичні послуги, система охорони здоров'я, медичне обслуговування, медична карта.

Постановка проблеми. З набуттям незалежності, в нашій країні почалася низка перетворень у політичній, економічній, соціальній сферах. Перехід до ринкової системи зумовив необхідність реформування та адаптації всіх сфер діяльності до нових умов функціонування.

Процеси реформування повинні торкнутися всіх соціально-значимих сфер, у тому числі і в такій, як галузь охорони здоров'я, незадовільний стан роботи якої, свідчить про необхідність зміни діючого механізму фінансування на більш ефективний в розрізі ринкових перетворень.

Одним з варіантів вирішення даної проблеми та покращення стану фінансового забезпечення вітчизняних медичних закладів є перехід до медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичні та практичні аспекти організації та функціонування медичного страхування знайшли своє відображення у працях як зарубіжних учених та практиків страхового бізнесу А. Аткинсона, Дж. Бріттейна, Е. Берковіца, В. Грішіна, Е. Кагаловської, А. Кудрявцева, В. Семьонова та ін., так і вітчизняних науковців Л. Баранника, С. Бортнік, О. Городиловської, Т. Коропецької, С. Котової, Т. Стецюк та ін. Разом з тим, питання медичного страхування є надзвичайно різноманітним і багатоплановим, та потребує додаткового дослідження і пошуку шляхів вирішення проблем.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Вирішення проблем переведення галузі охорони здоров'я на страхові засади потребує подальшого дослідження, оскільки необхідно визначити його місце в системі соціального захисту, поглибити обґрунтування основних принципів його побудови і функціонування та опрацювати методичні і організаційні засади медичного страхування, які б відповідали новим економічним реаліям [1]. Тому, метою даної статті є вивчення основних проблем впровадження медичного страхування в Україні та визначення його ролі в умовах погіршення економічного та соціального життя країни.

Виклад основного матеріалу. У Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» закладено основи розбудови якісної нової системи охорони здоров'я.

Головною метою реформи є побудова такої моделі охорони здоров'я, яка забезпечувала б рівний і справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні соціально прийнятної обсягу державних гарантій [2]. Однак найважливішим завданням, на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я, є підготовка умов для переходу до страхової чи бю-

джетно-страхової моделі обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС). Протягом цього етапу треба вирішити, як побудувати модель медичного страхування. Чи це буде регресивна модель, коли різноманітність програм і послуг залежить від страхового платежу, тобто якості і обсягу послуг залежать від доходів, які є у конкретної людини, і того, скільки вона може витратити на підтримку свого здоров'я; чи модель із солідарним фінансуванням, коли багаті платять більше від бідних. При цьому реалізуються прості механізми регулювання і зберігається принцип справедливості. Для того, щоб зробити цей простий вибір, необхідно здійснити ще ряд попередніх заходів:

- визначити модель медичного страхування, яка б дала поштовх до реалізації запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та його законодавчого закріплення;

- проаналізувати фінансову готовність деяких суб'єктів медичного страхування, зокрема роботодавців та найманих працівників до збільшення навантаження на фонд оплати праці;

- законодавчо закріпити процес впровадження та реалізації загальнообов'язкового медичного страхування, а саме:

- законодавчо врегулювати коло платників страхових внесків, бази для їх нарахування, порядок збирання страхових внесків, їх величину, облік і розподіл, а також фінансову участь застрахованих осіб у формуванні страхового фонду [3];

- здійснити низку заходів щодо оптимізації мережі лікувальних закладів з метою уникнення необґрунтованих витрат на утримання надлишкових приміщень та персоналу;

- розробити та затвердити електронну медичну картку;

- встановити ціни медичних послуг, які відповідають лікуванню відповідно до стандартів;

- визначити систему та джерела фінансування витрат на медичну допомогу;

- встановити порядок укладання договорів між тими, хто надає медичні послуги, і тими, хто фінансуватиме надання цих послуг;

- визначити юридично-господарський статус для ряду установ медичної галузі на кожному рівні надання допомоги, в тому числі і Фонду медичного страхування України;

- визначити порядок проведення остаточних розрахунків з медичними установами тощо;

- встановити повний контроль з боку держави за цінами на лікарські засоби, та стимулювання виробництва якісної фармацевтичної продукції в Україні, що дасть змогу використовувати продукти фармацевтичної промисловості вітчизняного виробника які нижчі за ціною ніж закордонні аналоги;

- забезпечити збалансованість обсягів послуг ОМС з його фінансуванням. Для цього повинно

бути розроблено багаторівневу програму медичного страхування з переліком послуг, що мають надаватися всьому населенню безкоштовно в обсязі базової програми ОМС, та переліком послуг, що мають надаватися понад цього у рамках добровільного медичного страхування, або за рахунок власних коштів громадян [4].

Ситуація, що склалась в охороні здоров'я України є найгострішою порівняно з розвиненими країнами. Тисячі хворих не мають можливості отримати безоплатну медичну допомогу, яку їм гарантує Конституція України. Поширеною є практика оплати громадянами ліків, витратних матеріалів, діагностичних заходів і навіть госпіталізації. При цьому, вкрай низька оплата праці медичних працівників інколи не забезпечує навіть мінімального прожиткового рівня. Таке положення змінило морально-етичне ставлення медичних працівників до пацієнтів, вимусило їх залишити професію, шукати інші джерела доходів або вимагати з хворих доплату за свою працю. Крім того, медики за нестачі медичного забезпечення в закладах охорони здоров'я, не мають можливості надавати адекватну медичну допомогу пацієнтам, відповідно до вимог сучасної медичної науки та належної медичної практики [5].

ОМС полягає у зборі й капіталізації страхових внесків та наданні за рахунок зібраних коштів медичної допомоги всім категоріям громадян на законодавчо встановлених умовах і в гарантованих розмірах. ОМС можна розглядати, з одного боку, як складову частину державної системи соціального захисту населення поряд з пенсійним та іншими видами соціального страхування, а з іншого, – як фінансовий механізм забезпечення додаткових до бюджетних асигнувань коштів на фінансування охорони здоров'я і оплату медичних послуг. Медичне обслуговування в рамках ОМС надається відповідно до базової та територіальних програм, що охоплюють мінімально необхідний обсяг медичних послуг [6].

На порядку денному стоїть питання, яку ж модель медичного страхування запроваджувати?

Світовий досвід медичного страхування, яке працює через систему страхових компаній не відповідає Основам законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, згідно з якими передбачено створення окремого некомерційного солідарного фонду, який має функціонувати на принципах самоврядування.

Залучення страхових компаній в медичне страхування в Україні не відповідає світовим стандартам, адже згідно Закону України «Про страхування» [7] страхові компанії України діють на комерційній основі. Соціальне медичне страхування у світі, навіть через страхові компанії, як правило, побудовано на принципі неприбутковості. Тому можна констатувати, що така модель передбачатиме норми, які не відповідатимуть статті 49 Конституції України [8] щодо безоплатної медичної допомоги.

Ідея залучення до загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування страхових компаній може призвести до відбору ними страхових ризиків – осіб переважно молодого віку та низьким рівнем захворюваності, оскільки така модель не передбачає механізми вирівнювання ризиків захворювань. Компанії відмовлятимуться страхувати осіб похилого віку, хронічно хворих. Виникає проблема страхування дітей. Підтвердженням цього є вимоги страхових компаній щодо проходження медогляду претендента на укладан-

ня з ними договору про медичне страхування та заповнення декларації про здоров'я. За приховування захворювань страхова компанія може розірвати договір. Залежно від стану здоров'я та віку формується вартість медичного пакету [9].

Крім того, більшість страхових полісів передбачає лише компенсацію витрат на ліки за умови наявності у застрахованій особи листка непрацездатності.

Дослідження, які були проведені виконавчою дирекцією відділення Фонду соціального страхування з тимчасової непрацездатності у Донецькій області, виявили, що рівень захворюваності працівників на підприємствах, які уклали договори про добровільне медичне страхування, майже вдвічі вище ніж на інших підприємствах. Цим також підтверджується незацікавленість медичних працівників у ефективному використанні страхових коштів.

На думку автора, багатообіцяючою, прозорою та доступною для кишень українців може стати накопичувальна система (далі – НС) медичного страхування. Система базуватиметься на накопиченні коштів на рахунках працівників, які формуються з відрахувань роботодавців. Якщо запровадити саме таку систему медичного страхування, ми зможемо досягти зниження витрат як у роботодавців, так і у працівників за рахунок скасування відрахувань на тимчасову втрату працездатності та нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві, а також нагромадження заощадження що дозволить також отримувати інвестиційний дохід від використання тимчасово вільних коштів. Накопичувальна система, або схожа з нею, дозволить скоротити до 20% витрат на медичне обслуговування. Якщо накопичені кошти вичерпані, працівники сплачують медичні послуги з власної кишені. Всі кошти, що знаходяться на ощадних рахунках, належать працівнику, включаючи ті, що залишилися після завершення розрахункового періоду. Тому така реформа охорони здоров'я має двояку спрямованість, впливаючи на поведінку медичного персоналу і пацієнтів.

У кінці року будь-яка сума, що залишається на особистому рахунку НС, може бути переказана на окремий рахунок для майбутніх витрат на медичне обслуговування або пролонгована шляхом використання в накопичувальній схемі пенсійного забезпечення. Це дає можливість капіталізації коштів ринку медичних послуг. Інвестовані сьогодні, вони приносять проценти і в майбутньому можуть піти на оплату більш дорогих послуг, необхідних для більшості людей старшого віку.

Медичні накопичувальні (ощадні) рахунки стимулюватимуть більш ефективне функціонування охорони здоров'я та ініціюватимуть конкуренцію на ринку медичних послуг, не створюючи фінансових бар'єрів для користувачів.

Після вибору моделі медичного страхування наступним кроком є її законодавче закріплення. Не важливою є назва закону, важливим є його реальний зміст, цей закон повинен висвітлювати такі головні аспекти функціонування обов'язкового медичного страхування:

1. як збиратимуться кошти на обов'язкове медичне страхування?

2. які витрати покриватиме Фонд обов'язкового медичного страхування?

3. хто буде вважатися суб'єктами ОМС, та яким чином вони співпрацюватимуть?

У Законі також слід віддати чільне місце розробленню та затвердженню електронної медичної

картки, програмі, за допомогою якої, остання буде працювати, банку даних по застрахованих особах. Створення Web-сайту що міститиме повну та правдиву інформацію про всіх суб'єктів страхування та результати їх діяльності, а також даних про лікарів та якість їх обслуговування.

Також законодавчого закріплення потребують ціни на медичні послуги та лікарські засоби, це дасть змогу забезпечити рівний доступ до медичних послуг усім громадянам.

Створення п'ятого фонду соціального страхування призведе до збільшення адміністративних та капітальних витрат, тому при формуванні Фонду медичного страхування доцільно використати вже існуючі умови, а саме, функції таких державних установ, як Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань з введенням ОМС нівелюються, а от матеріально-технічна база і професіоналізм співробітників цих фондів ще стане в нагоді, необхідні просто розумні й раціональні рішення, тобто, створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування має здійснюватися з урахуванням можливостей вітчизняної економіки та існуючої системи організації охорони здоров'я.

За розрахунками Інституту праці і зайнятості населення чисельність працівників Фонду, які виконуватимуть тільки функції по плануванню, укладанню договорів, обліку щодо надання медичних послуг, орієнтовно має становити 4,7 тис. осіб. Крім того, така ж чисельність необхідна для виконання функцій фінансування, бухгалтерського обліку, кадрової, юридичної, організаційної, обслуговуючої. Тобто, орієнтовно чисельність фонду може становити 9 тис. осіб [10].

Для розміщення такої кількості працівників необхідна робоча площа у розмірі більше 70 тис. квадратних метрів, яку потрібно вишукати. Крім того, значні кошти будуть необхідні для навчання працівників основам соціального медичного страхування.

Створення Фонду соціального медичного страхування шляхом перетворення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, та покладання на першого функцій матеріального

забезпечення у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та фінансування медичних послуг населенню, чим забезпечується відповідно до Конституції України [8] безоплатність медичної допомоги, є для України, на нашу думку, оптимальною.

Такий висновок полягає в наступному [9]:

- досягається оптимізація адміністративних витрат на запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, уникнення від дублювання ряду функцій по страхуванню здоров'я, які покладено зараз на Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, зокрема, щодо медичної реабілітації, відновлення здоров'я застрахованих осіб і членів їх сімей, дітей, у тому числі профілактичного плану;

- потреба в медичному обслуговуванні та наданні допомоги по тимчасовій непрацездатності для працюючих осіб, або у випадку настання нещасного випадку на виробництві у більшості випадків виникає при настанні одного й того ж страхового випадку, пов'язаного із захворюванням, які утворюють єдину систему медико-соціального забезпечення працюючих. Обидва ці випадки регулюються однією Конвенцією № 130 від 4 червня 1969 року Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби, якою передбачається управління наданням цих видів допомоги однією установою [11];

- буде досягнуто зниження захворювань та зменшення витрат на виплати допомоги по тимчасовій непрацездатності, що в значній мірі залежить від якості медичного обслуговування застрахованих осіб та рівня контролю за експертизою тимчасової непрацездатності;

- буде скорочено час впровадження соціального медичного страхування завдяки наявності підготовленого персоналу, в тому числі, певної кількості медичних працівників.

Висновки і пропозиції. Запровадження ОМС є, безперечно, набагато складнішою справою, ніж запровадження інших видів соціального страхування, що діють вже в Україні. Адже воно пов'язане не просто із забезпеченням грошових виплат, як, наприклад, у страхуванні на випадок безробіття, а з фактичною закупівлею медичних послуг у відповідних виробників та наданням їх застрахованому населенню. Але, попри всі проблеми, ОМС буде сприяти конкуренції в медичній галузі, а отже посилить захищеність здоров'я громадян.

Список літератури:

1. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : 08.00.08 «Гроші, фінанси і кредит» / Т. І. Стецюк. – Київ, 2009. – 23 с.
2. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010–2014 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
3. Городиловська О. Я. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / О. Я. Городиловська // Науковий вісник НЛТУ України. – Вип. 19.3. – 2009. – С. 247–252.
4. Коропецька Т. О. Проблеми та результати впровадження медичного страхування в Україні / Т. О. Коропецька, І. І. Мельничук // Інноваційна економіка. – 2011. – С. 31–34.
5. Котова С. Проблеми запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування в Україні / С. Котова // Економічний аналіз. – Вип. 6. – 2010. – С.91–95.
6. Баранник Л. Б. Фінансові аспекти медичного страхування в Україні / Л. Б. Баранник // Вісник ДДФА. Серія : Економічні науки. – 2012. – № 1. – С. 10–14.
7. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР// [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>
8. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
9. Бортник С. В. Запровадження Обов'язкового медичного страхування в Україні у контексті Європейської соціальної хартії (переглянуто) / С. В. Бортник // Юридична наука – 2011. – № 3. – С. 54–61.
10. Офіційний сайт Науково-дослідного інституту праці і зайнятості населення Міністерства праці та соціальної політики України та НАН України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www1.nas.gov.ua/OrgStructure/SSGN/ve/Institutions/ndipzn/Pages/ndipzn.aspx>
11. Про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби: Конвенція Міжнародної Організації Праці від 4 червня 1969 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/993_184

Новосад Я. С.

Львовская государственная финансовая академия

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Резюме

В статье представлены основные причины инертности введения обязательного медицинского страхования в Украине. Проанализированы основные проблемы финансирования системы здравоохранения. Рассмотрена законодательная база относительно введения системы обязательного медицинского страхования. Определены необходимые меры по реализации обязательного медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: социальное медицинское страхование, медицинская помощь, медицинские услуги, система здравоохранения, медицинское обслуживание, медицинская карта.

Novosad Y. S.

Lviv State Academy of Finance

PROBLEMS OF MANDATORY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Summary

The article highlights the main causes of inertia introduction of mandatory health insurance in Ukraine. The basic problem of financing health care. We consider the legislative framework for the introduction of compulsory medical insurance system. A number of measures required to implement compulsory health insurance in Ukraine.

Key words: social health insurance, medical care, health care, health care, medical care, medical record.

УДК 336.7:631.16

Олійник О. О.

Національний університет біоресурсів і природокористування України

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНОЇ СИСТЕМИ

Досліджено методичні підходи до оцінювання ефективності функціонування фінансово-кредитної системи. Визначено переваги і недоліки методичних підходів. Сформовано перелік показників, які більш повно відображають наскільки фінансово-кредитна система виконує свої завдання.

Ключові слова: фінансово-кредитна система, оцінка, методичний підхід.

Постановка проблеми. Вже не один десяток років ведуться дослідження щодо значення фінансової системи в контексті економічного розвитку. Але все ще немає єдиного визначення поняття «фінансова система», не сформульовані остаточні методичні підходи до оцінювання ефективності функціонування цієї системи. Попередні дослідження [1; 2] щодо сутності та завдань фінансової системи дозволили зробити такі висновки: 1. Фінансова система належить до категорії складних систем, під якою розуміють сукупність підсистем із характерними властивостями. 2. Слід розглядати такі підсистеми в рамках фінансової системи на підставі відповідності до того, через яких суб'єктів (економічних агентів) переважно здійснюється задоволення фінансових потреб інших економічних агентів, а також на якій основі відбувається задоволення цих потреб (еквівалентній та нееквівалентній): фінансово-кредитна підсистема (фінансового сектору), підсистема нефінансового сектору, бюджетно-податкова підсистема. 3. Фінансово-кредитну підсистему (ФКС) слід розглядати в контексті складних систем як систему і розуміти сукупність фінансових корпорацій, через які інші економічні агенти такі як нефінансові корпорації, домогосподарства, держава, задовольняють потребу у фінансових інструментах (ресурсах). Таке тлумачення ФКС співпадає з визначенням фінансової систе-

ми у західному розумінні. 4. Основними завданнями фінансово-кредитної системи є мобілізація заощаджень, забезпечення інформацією, забезпечення управління ризиками, забезпечення корпоративного управління.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Базовим постулатом оцінювання ефективності функціонування ФКС можна вважати похідний характер загальної оцінки цієї системи від оцінок ефективності її основних завдань. Цей постулат сформувався і знайшов підтримку у провідних західних учених упродовж останніх десяти років. Так, Т. Бек, Р. Левіне, Е. Демиргук-Кунт зазначають, що найкращим способом оцінки ФКС є використання таких показників, які відображають, наскільки ефективно ця система виконує свої завдання [4, с. 2]. Такої ж думки дотримуються Ф. Хартман та ін. [10, с. 16]. Але історично здійснювались неодноразові спроби оцінити ФКС за допомогою одного «ідеального» показника. До таких досліджень слід віднести праці наступних західних науковців: Р. Голдсміт [6], І. Шоу, Дж. Герлі [7], Р. Кінг, Р. Левіне [11].

Питанню оцінювання ефективності функціонування ФКС частково приділялася увага і вітчизняними економістами, зокрема О. Барановським, І. Лютим, О. Сніжко [3] та іншими науковцями.

Мета дослідження. Проаналізувати існуючі методичні підходи оцінювання ефективності ФКС на