

Страхова медицина в Україні: актуальність та готовність до неї населення

Існують тисячі хвороб, але здоров'я буває тільки одне.

Карл Людвіг Берні

Актуальність медичного страхування як додаткового джерела фінансування медичних закладів в Україні є безсумнівною. Необхідність його впровадження активно підкреслювалася в численних нормативно-правових документах, актах як Президента України, так і уряду, зокрема в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1993 рік), Посланні Президента «Україна: поступ у XXI століття. Стратегія економічної та соціальної політики на 2000-2004 роки», Програмі інтеграції України до Європейського Союзу (2000 рік), Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000 рік), Законі України «Про засади зовнішньої та внутрішньої політики» (2010 рік), Основних напрямках бюджетної політики на 2012 рік.

Однак остаточно питання впровадження медичного страхування, принаймні працюючого населення, не можна вважати вирішеним. Опитування жителів малих міст півдня України – Білгород-Дністровська, Ізмаїла, Теплодара, Южного Одеської області та Вознесенська і Первомайська Миколаївської області – в рамках українсько-норвезького проекту «Місцеве самоврядування в Україні: підвищення кваліфікації та прикладні дослідження» мало на меті виявлення основних проблем щодо надання медичних послуг в малих містах України. Отримані результати дозволяють зробити деякі узагальнені висновки щодо проблем галузі охорони здоров'я на рівні країни в цілому. Перш за все йдеться про значну частку витрат бюджетних коштів на заробітну платню та комунальні послуги.



Так, у всіх містах, де проводилося дослідження, заробітна плата з нарахуваннями займає більше 74% загального обсягу коштів, спрямованих на охорону здоров'я, а видатки на медикаменти – 1,4-18,2% (рис. 1).

Низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я поєднується з її неефективністю. Причиною цього є низка чинників, серед яких:

- недосконалість механізмів збору, розподілу ресурсів та оплати постачальників послуг;
- значна децентралізація та фрагментація фінансових потоків;
- використання ресурсних показників при розподілі фінансів, неврахування потреб населення в меддопомозі;

- кошторисне фінансування галузі;
- обмеження гнучкості у використанні фінансових коштів;
- планування за поточними видатками, адміністративними потребами з використанням норм та нормативів;
- низький рівень оплати роботи медичних працівників;
- відсутність стимулів до підвищення якості та ефективності послуг.

Реформування системи охорони здоров'я має охопити питання надання послуг, формування ресурсів, фінансування та управління галузі охорони здоров'я.

Розвиток обов'язкового державного медичного страхування в Україні сприятиме реформуванню систе-

Рис. 1. СТРУКТУРА ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МІСЦЕВОГО БЮДЖЕТУ, %

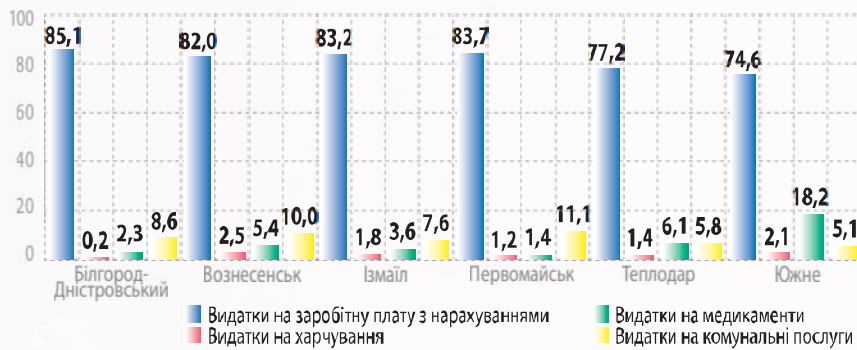
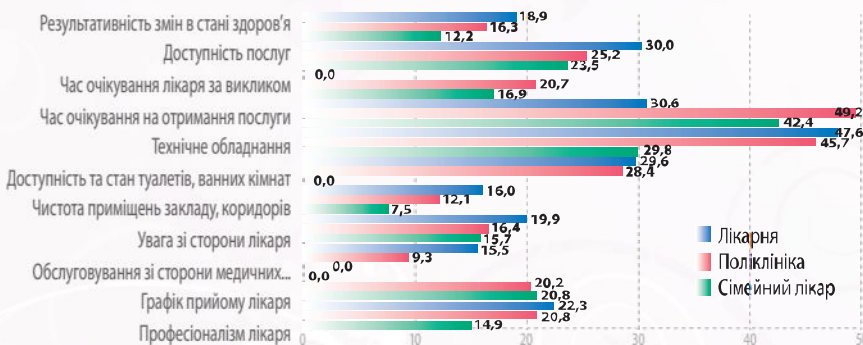


Рис. 2. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ НЕЗАДОВОЛЕНІСТІ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, %



ми фінансування щодо накопичення доходу з метою: впровадження додаткових платежів, створення спеціальних фондів, впровадження механізмів з регулювання ризиків та компенсацій фондам. Сьогодні існує потреба формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, підвищення частки державного обов'язкового медичного страхування.

В сучасних умовах фінансування медичні заклади не мають достатнього бюджетного фінансування на оновлення технічного обладнання, забезпечення хворих медикаментами. Це викликає у відвідувачів негативне ставлення до якості медичних послуг, основними причинами (респонденти могли обирати декілька варіантів відповіді) якого є тривалий час очікування на отримання послуг, неякісне технічне обладнання, незадовільний рівень доступності послуг (рис. 2).

Розглядаючи дані про основні причини звернення пацієнтів до медичних закладів, слід зазначити, що громадяни нехтують превентивними заходами та звертаються за медич-

ною допомогою в критичних випадках – гостре захворювання та невідкладна допомога (рис. 3). Така поведінка пояснюється ставленням пацієнта до свого здоров'я. Ігнорують питання здоров'я 20% громадян, звертають увагу на здоров'я 35%, турбуються про здоров'я 30%, інвестують у здоров'я – 15%. Сьогодні існує нагальна потреба стимулювати проведення профілактичних заходів.

Отже, виходить замкнене коло. Незадовільний рівень обслуговування в медичних закладах призводить до того, що підставами для звернень є, як правило, випадки, коли зволікати вже неможливо. Лікування обходиться пацієнтам дуже дорого, але вони самі ро-

блять все для цього, невчасно звертаючись до лікаря.

Іншим, на наш погляд, вагомим чинником незадоволеності населення рівнем медичних послуг є низька поінформованість. Про це свідчать дані, наведені на рис. 4. Менше 20 відсотків громадян, серед яких проводилося опитування, вважають себе повністю поінформованими у сфері надання медичних послуг.

Відтак недостатня поінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини (та юридичної бази) змушує громадян України сьогодні платити кошти за медичні послуги навіть у державних та комунальних установах. Це означає, що розвиток системи медичного страхування в Україні потребує запровадження програм інформування населення щодо отримання таких послуг.

Іншим «поштовхом» до впровадження обов'язкового державного медичного страхування є фактична відсутність безкоштовного медичного обслуговування.

Попри те що Основний закон України гарантує громадянам отримання безкоштовної медичної допомоги, на практиці виявляється, що часто ця гарантія має декларативний характер. Так, загалом 73,0% опитаних мали додаткові витрати в лікарнях, поліклініках і на прийомі в сімейного лікаря. Найвищим цей показник виявився в містах Тепلودарі та Ізмаїлі – 92,2% і 83,3% відповідно (рис. 5). Не дивно, що саме в цих містах більшість респондентів готові самостійно й офіційно платити за якісніші медичні послуги (в місті Тепلودарі – 60,0%, в місті Ізмаїлі – 59,6%).

Більшість особистих фінансових витрат громадян у закладах охорони здоров'я України сьогодні перебувають у площині тіньової економіки, є неофіційними, а отже, не супроводжуються гарантіями якості наданих послуг та належної відповідальності за порушення прав пацієнтів. Перевага страхової ме-

Рис. 3. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕНЬ ДО МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, %





Рис. 5. ЧАСТКА РЕСПОНДЕНТІВ, ЯКІ МАЛИ ДОДАТКОВІ ВИТРАТИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ЯКІ ГОТОВІ ПЛАТИТИ ЗА ЯКІШНІШІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, %



дицини полягає в її прогнозованості: кожен громадянин вкладає невеликі суми коштів у медичну страховку для того, щоб бути впевненим, що у випадку хвороби всі або переважна більшість медичних витрат будуть сплачені. Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет, тому що завдяки йому більше, ніж вартість страховки, на медицину за рік не витратиш.

Результати опитування жителів міст Одеської та Миколаївської областей показали (рис. 6), що більшість населення усвідомлює об'єктивну необхідність введення страхової медицини і підтримує цей захід реформування системи охорони здоров'я (64,1% від усіх опитаних). Простежується й певна залежність між рівнем доходів населення, а отже, його платоспроможністю, та рівнем готовності до запровадження страхової медицини. Так, у місті Южному спостерігається найви-

щий рівень середньомісячного доходу респондентів (4 100 грн.), і частка осіб, які під час опитування дали ствердну відповідь на запитання про підтримку страхової медицини, теж найвища (70,0%).

Показовим є приклад міста Вознесенська, де страхова медицина теж знайшла значну підтримку в населення (67,6%), а середньомісячний дохід сімей респондентів не надто великий – 2 300 грн. Така ситуація пояснюється тим, що в місті Вознесенську ще в 1997 році здійснили спробу запровадження підготовчого етапу до обов'язкового медичного страхування, а саме організували фонд – «Лікарняну касу», в який кожен житель міста сплачує щорічний фіксований внесок. Кожен внесок є іменним, тобто може бути використаним на лікування лише конкретної людини або ж переданим на лікування іншої людини (наприклад, члена родини)

Рис. 4. СТУПІНЬ ПОІНФОРМОВАНІСТІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, %



за наявності відповідної письмової заяви. Діяльність «Лікарняної каси» перш за все спрямована на залучення коштів населення для забезпечення медикаментозного, діагностичного обслуговування хворих в умовах стаціонару та на покращення надання послуг станцією швидкої медичної допомоги. В результаті стало можливим лікувати пацієнтів у республіканських та обласних медичних закладах, надавати консультації та проводити діагностику в амбулаторних умовах, надавати стоматологічні послуги (лікування та протезування зубів). Додаткове фінансування допомагає придбавати медикаменти та медичне обладнання. На сьогоднішній день членами «Лікарняної каси» є 19 206 осіб, з них 12 030 – працюючі, 6 454 – пенсіонери, 728 – медичні працівники, 2 722 – інші категорії громадян.

Створені в місті Вознесенську та в деяких інших містах України так звані «лікарняні каси» частково вирішують проблему нестачі фінансування закладів охорони здоров'я, але не мають економічного підґрунтя діяльності та не захищають належним чином юридичні права як медиків, так і їхніх пацієнтів. На противагу цьому страхова медицина забезпечує громадянам (за страхованим особам) при виникненні страхового випадку оплату вартості медичної допомоги (послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів.

Зауважимо, що в нашій державі існує нормативно-правове забезпечення впровадження обов'язкового медичного страхування як стратегічного напрямку реформування системи охорони здоров'я (табл. 1).

Реально оцінюючи ситуацію, значимо, що запровадження страхо-

Рис. 6. ЧАСТКА РЕСПОНДЕНТІВ, ЩО ПІДТРИМУЮТЬ ВВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ, ТА СЕРЕДНЬЄ ЗНАЧЕННЯ ЩОМІСЯЧНОГО ДОХОДУ ЇХНІХ СІМЕЙ



вої медицини може спіткати такі перешкоди:

- відсутність економічного обґрунтування наповнення пакету обов'язкових медичних послуг;
- значне фінансове навантаження на фактичних платників страхових внесків (навіть за умови, якщо частина страхувальників – державні структури);
- збільшення корупції внаслідок непрозорих схем взаємодії між суб'єктами системи;
- збільшення витрат на утримання адміністративного апарату за рахунок створення нових адміністративних структур у медичній галузі;
- відсутність інституту відповідальності учасників процесу охорони здоров'я та медичного страхування;
- фактичне створення ще одного державного цільового фонду для фінансування медицини замість ефективного менеджменту медичної галузі з метою оптимізації витрат.

Складність процесу переходу на страхову медицину визнають і представники державної влади. Так, перший

заступник голови Адміністрації Президента України Ірина Акімова на III Міжнародній конференції «Хто допоможе медицині одужати: пошук рецептів» 4 листопада 2011 року наголосила: «Страхова медицина – річ абсолютно необхідна, але потрібна «домашня робота», якою ми зараз займаємося. У дівряве відро хоч би скільки грошей лий, все одно вони виткатимуть. До того моменту, доки не буде реструктуризована мережа, доки правильно не розведені первинна медицина, вторинна, третинна, вводити страхову медицину в Україні небезпечно, тому що можна дискредитувати саму цю дуже добру ідею».

Отже, ефективне функціонування страхової медицини в Україні неможливе без вирішення таких завдань:

1. Створення умов для максимально можливого саморегулювання медичної галузі шляхом застосування ринкових механізмів; забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування.

2. Чітке визначення рівнів медичної допомоги, які формуватимуть обов'язковий мінімум послуг медичного страхування; структуривання населення на групи, лікування яких фінансуватиметься з різних джерел створення фондів медичного страхування.

3. Посилення зацікавленості роботодавців до збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на медичне страхування (наприклад, як уже існуюча практика в Україні віднесення на валові витрати коштів, які підприємство сплачує в якості добровільного страхування своїх працівників).

4. Підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко визначених критеріїв.

5. Забезпечення державного контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми; створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги.

Запропонована система заходів, спрямованих на запровадження і розвиток страхової медицини в Україні, дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; зменшити частку тіньової медицини в системі медичного забезпечення; уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; покращити матеріальну мотивацію працівників медичних установ. ♦

Таблиця 1

Можливі стратегії впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та законодавче підґрунтя

Стратегія впровадження ОМС в Україні	Законодавче забезпечення
Стратегія державного обов'язкового медичного страхування (ДОМС)	Стаття 49 Конституції України: Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», стаття 18: Держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян.
Стратегія загально-обов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗОДСМС)	Закон України «Основи законодавства України про загально-обов'язкове державне соціальне страхування», стаття 4: До видів загальнообов'язкового державного соціального страхування відноситься медичне страхування.
Стратегія комерційного обов'язкового медичного страхування (КОМС)	В статті 7 Закону України «Про страхування» зазначено, що в Україні здійснюється якийсь вид обов'язкового страхування, як медичне страхування.
Змішана стратегія (ДОМС та КОМС)	

Микола МИКОЛАЙЧУК,

професор кафедри економічної та фінансової політики Одеського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентіві України, д. держ. упр., доц.;

Валентина ЗАСАДКО,

к. е. н., старший науковий співробітник РФ НІСД у м. Львові;

Марія ТИЩЕНКО,

старший викладач кафедри політичної економії обліково-економічних факультетів ДВНЗ «КНЕУ ім. В. Гетьмана», к. е. н.