

Полозенко Д.В.,

доктор економічних наук, професор,
заслужений економіст України,
головний науковий співробітник відділу
бюджетних видатків соціальної сфери
та економічного розвитку
Науково-дослідного фінансового інституту
ДННУ “Академія фінансового управління”

Парій В.Д.,

доктор медичних наук, професор кафедри
менеджменту охорони здоров'я
Національного університету
імені О. Богомольця, голова Асоціації
працівників лікарняних кас України

ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ЛІКАРНЯНІ КАСИ — СКЛАДОВІ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Розкрито сутність, особливості добровільного медичного страхування та лікарняних кас у сучасних умовах. Проаналізовано їх ефективність та запропоновано основні шляхи розвитку такого страхування в Україні.

The article focuses on the modern substance and features of social medical insurance and contributory sickness funds. The authors have estimated their effectiveness and have defined basic directions of evolution of such insurance in Ukraine.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, охорона здоров'я, лікарняні каси, медичні послуги.

Турбота про здоров'я громадян є однією з пріоритетних функцій держави в усіх розвинутих країнах, адже здоров'я нації є основою економічного зростання. За визначенням ВООЗ, це стан повного фізичного, психічного й соціального благополуччя. Вітчизняні вчені запропонували дещо іншу дефініцію: “Здоров'я — стан, який забезпечує виконання людиною своїх біологічних (виживання та репродукція) й соціальних функцій”¹.

Система охорони здоров'я України була побудована за часів радянської влади та належить до низькоефективних галузей економіки. Вона характеризується недостатнім бюджетним фінансуванням, відсутністю контролю якості наданих послуг та наявністю “тіньових” схем. Показник смертності в нашій країні в 2,4 раза вищий, а середня тривалість життя — на 6 років менша, ніж у середньому по Європі.

Перехід до соціально орієнтованих і ринкових принципів охорони здоров'я на основі різних форм власності, а також пошук шляхів подолання основних

¹ *Апанасенко Г.* Чи працюватимуть реформи на здоров'я? // Дзеркало тижня. — 2011. — № 25, 15 лип.

проблем галузі (брак фінансових ресурсів, незадовільне медичне обслуговування населення, складна демографічна ситуація, високий рівень захворюваності населення тощо) зумовлюють потребу в переході до системи, яка базується на поширенні страхової медицини.

У цьому контексті особливої ваги серед широких верств населення набуває розвиток добровільного медичного страхування (ДМС). Метою ДМС є організація й фінансування наданих застрахованим особам медичних послуг (допомоги) відповідного обсягу та якості, зумовлених програмами такого страхування. Виконання головної функції ДМС (охорона здоров'я населення) передбачає матеріальне відшкодування вартості лікування, профілактики, розвитку інфраструктури галузі відповідно до світових стандартів. У 1996 р. було прийнято Закон України “Про страхування”², в якому визначено види добровільного страхування, на котрі надаються ліцензії, в т. ч. медичне страхування.

До речі, на ринку ДМС уже з'явилися компанії-лідери, до складу яких входить, наприклад, СК “Провідна”. Динаміку розвитку ДМС по ринку загалом та СК “Провідна” зокрема показано в таблиці.

Таблиця. Динаміка ДМС в Україні протягом 2008—2010 рр.

Показник	Страхові премії, млн грн			Страхові виплати, млн грн			Рівень виплат, %		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Ринок загалом	578,3	605,7	678,9	406,8	473,6	522,2	58,11	78,20	76,91
СК “Провідна”	93,8	100,2	94,0	60,1	94,8	95,2	69,39	94,63	101,26

Джерело: <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/10/12/45>.

З наведених даних видно, що в Україні спостерігається позитивна тенденція — зростання страхових премій. Аналогічна ситуація склалася й щодо страхових виплат, тобто суми, яку страховик зобов'язаний виплатити при настанні страхового випадку згідно з договором страхування. Показово, що рівень виплат за цим видом страхування загалом по ринку в 2010 р. становив близько 80 %, а в СК “Провідна” навіть перевищив 100 %, що, з одного боку, є негативною тенденцією, а з другого — свідчить про високий рівень соціальної спрямованості цього виду страхування.

Слід зазначити, що СК “Провідна” проводить ДМС із 1996 р. відповідно до розроблених нею Правил добровільного страхування медичних витрат. Термін проведення компанією такого страхування достатній для того, щоб можна було зробити остаточний висновок: ДМС підтримується юридичними особами та потребує подальшого розширення.

У переважній більшості країн світу фінансове забезпечення охорони здоров'я базується на одній із трьох класичних моделей. Перша — так звана бюджетна, за якої частка коштів місцевих і центральних бюджетів у складі джерел

² Про страхування: Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР: [Електр. ресурс]. — <http://zakon.rada.gov.ua/>

фінансування медицини може становити 50—90 % загальної суми. Друга — страхова модель, або система Бісмарка, що спирається на кошти страхових фондів, створених державою за принципом соціального страхування. Третя модель — приватна система охорони здоров'я. Кожна з моделей має право на існування та застосовується з урахуванням стану економіки.

При цьому важливо забезпечити ефективне використання бюджетних коштів у галузі. Утім, через недоліки в плануванні та не завжди раціональне використання коштів спостерігається їх дефіцит. За таких умов відволікання бюджетних коштів не сприяє наданню населенню якісних медичних послуг.

За інформацією Міністерства охорони здоров'я, нині лікарні отримують 5—6 грн на ліжко на добу, при цьому 40 % витрат (за іншими розрахунками, всі 50 %) перекладається на пацієнтів. Механічна заміна бюджетного фінансування та доповнення його коштами обов'язкового медичного страхування, котре з'явиться не раніше 2016 р., не дадуть відчутних результатів, якщо чиновники й надалі контролюватимуть грошові потоки галузі. Вихід один: фінансування галузі повинне бути багатоканальним, а кошти кожного джерела — використовуватись ефективно. До основних причин низької ефективності системи охорони здоров'я ВООЗ відносить неправильне використання ліків, необґрунтовану госпіталізацію, надмірне використання інструментальної діагностики, корупцію, шахрайство тощо. До речі, в розвинутих країнах значна частка фінансування охорони здоров'я припадає на приватні страхові компанії, котрі покривають від 5 до 40 % (у Німеччині й Канаді — 10 %, Франції — 20 %, США — 40 %) загального бюджету галузі.

В Україні обов'язкове медичне страхування реально буде запроваджене із входженням економіки в нормальний виробничий процес, і лише після цього — його добровільна форма. Втім, уже сьогодні ДМС набуває особливої ваги. Так, на вітчизняному страховому ринку воно забезпечило приріст валових страхових премій із 326,4 млн грн у 2006 р. до 762,4 млн грн у 2009-му. Така тенденція до зростання простежується й щодо валових страхових виплат — із 211,4 млн грн у 2006 р. до 551,4 млн грн у 2009-му³.

Останніми роками структура попиту на ДМС зазнала значних змін. По-перше, цим видом страхування дедалі більше цікавляться вітчизняні підприємства, які піклуються про соціальний захист своїх працівників. По-друге, медичне страхування перестає бути привілеєм окремих підприємств та швидко поширюється в регіонах. У деяких компаніях обсяги продажу полісів ДМС уже значно перевищують відповідні показники по м. Києву. Так, на столичний регіон припадає 15 % медичного страхування, а на всі інші — 85 %.

У Законі України “Про страхування” визначено 43 види обов'язкового й 22 види добровільного страхування. Серед видів добровільного страхування медичне

³ <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/10/12/45>.

розвивається досить повільно. За оцінками аналітиків, прискорення його розвитку стане можливим після введення обов'язкового медичного страхування з оплатою за рахунок коштів роботодавців. Головною перевагою останнього має стати масовість.

Незважаючи на позитивні тенденції розвитку ДМС на вітчизняному страховому ринку, даний сегмент не можна вважати достатньо розвинутим, як у європейських країнах. Такий стан зумовлений тим, що не всі страховики готові до співпраці з лікувальними установами, оскільки, на їхнє переконання, це не лише організаційно складно, а й неприбутково з точки зору страхових виплат, рівень яких становить 76–78 %. У свою чергу, населення не зацікавлене в купівлі полісів ДМС, тому що вони залишаються досить дорогими: річна вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 у. о. на особу, а програми еліт-класу приблизно втричі дорожчі.

Страхові компанії розробляють тарифи, які розраховуються виходячи з умов програм страхування. Кожна така програма відповідає конкретному пункту правил страхування. Так, тариф стаціонарного лікування ЗАТ СК “Провідна” становить 0,125 %, амбулаторного лікування – 0,140 %⁴. Хоча страхові послуги досить різні, всі вони спрямовані на покращання здоров'я застрахованої особи.

Ще однією проблемою, крім цінового фактора, є те, що на сьогодні ринок ДМС розвивається, як правило, за рахунок корпоративного напрямку. За цих умов компанії страхують одночасно 100–500 працівників, серед яких чимало тих, хто взагалі не звертається до лікарів.

Стимує розвиток ДМС також те, що страхові компанії, з метою економії коштів, зацікавлені співпрацювати з державними лікувально-профілактичними установами за умови, що останні надаватимуть своєчасну та якісну медичну допомогу населенню й не допустять скорочення чисельності пацієнтів-страхувальників через незадовільний рівень їх обслуговування. Тому страховики України ретельно підходять до вибору установ, що надаватимуть медичні послуги широким верствам населення. До слова, окремі європейські страхові компанії мають власні клініки.

Розвиток ДМС гальмується й через низький рівень доходів населення, непослідовність у реформуванні соціального сектору.

Для розв'язання зазначених проблем у сфері ДМС необхідно:

- створити умови для розвитку цього виду медичного страхування;
- посилити мотивацію роботодавців у частині його розширення;
- вирішити на законодавчому рівні питання щодо віднесення роботодавця-ми витрат на ДМС на собівартість продукції;
- підвищити надійність страхових компаній, які працюють на ринку ДМС;
- забезпечити контроль медичних установ, що працюють у системі такого страхування, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

⁴ Див. Правила добровільного страхування медичних витрат від 04.09.2007 № 12101.

Слід наголосити, що в Україні ініціатива щодо роз'яснення сутності ДМС належить не роботодавцям і соціальним структурам органів влади, як у інших країнах, а переважно медичним працівникам, котрі не досить добре розуміються на страховій справі.

Вивчення досвіду окремих країн Європи показує, що ДМС є додатковим джерелом фінансування охорони здоров'я та позитивно сприймається населенням цих країн. Отож упровадження такого страхування в Україні є доцільним, проте потребує широкої роз'яснювальної роботи серед юридичних і фізичних осіб.

Система медичного забезпечення населення має бути збалансованою, держава повинна сприяти розвитку ДМС, визначати основні медичні послуги, безоплатне надання яких має бути гарантоване державою для кожної особи, вдосконалювати законодавчу базу щодо охорони здоров'я, сприяти фінансовій надійності страхових компаній, підвищувати страхову культуру населення з надання медичної допомоги. Такі заходи дадуть змогу підвищити доступність і якість медичних послуг, створять умови для найповнішого задоволення потреб населення в них, допоможуть зменшити навантаження на державний і місцеві бюджети.

В умовах обмеженості бюджетних коштів із метою фінансового забезпечення органів охорони здоров'я в Україні створено лікарняні каси, які діяли в ХІХ—ХХ ст., але були ліквідовані в перші роки радянської влади. Сьогодні лікарняні каси функціонують у правовому полі, створеному згідно із законами “Про благодійництво та благодійні організації” і “Про об'єднання громадян”, та мають потенціал розвитку майже в кожному регіоні. Члени таких кас самостійно, на засадах солідарної участі, отримують якісну медичну допомогу. Лікарняні каси можуть мобілізувати додаткові фінансові ресурси для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги їхнім членам на основі пайової участі та контролю ефективності використання коштів.

Такі каси є одним із напрямів реформування органів охорони здоров'я, котрий виник як реакція широких верств населення на брак фінансових ресурсів, які виділяються галузі з державного бюджету. Слід зазначити, що з огляду на організаційно-методичні особливості лікарняні каси можуть бути альтернативою ДМС та мають потенціал форм і навичок. Це дає змогу скоротити час оволодіння механізмом ДМС та, що вкрай важливо, сприятиме зростанню обсягу фінансування медичної галузі. При цьому лікарняні каси не перешкоджатимуть розвитку ДМС.

Нині чисельність таких кас зростає: станом на 1 січня 2011 р. їх налічувалося 221, а їхніх членів — 755 тис. осіб. Зокрема, в Житомирській області членами цих кас стали 213,5, Чернівецькій — 77,2, Миколаївській — 69,7 тис. осіб. Збільшення кількості членів зумовило приріст фінансових ресурсів лікарняних кас. Так, у 2010 р. він сягнув 88,6 млн грн, у т. ч. 2,1 млн грн від підприємств і

організацій. Виплати також зростають: у 2010 р. вони становили 83,2 млн грн, зокрема на придбання медикаментів — 63,8, виробів медичного призначення — 0,8, на ведення справ і утримання кас — 15,4 млн грн. За рахунок коштів лікарняних кас медичні послуги надано 487 тис. осіб⁵.

З метою задоволення потреб громадян у високопрофесійній медичній допомозі та захисту соціальних, економічних, професійних інтересів членів лікарняних кас у липні 2007 р. в Україні була створена Асоціація працівників лікарняних кас України. Відносини між Асоціацією та лікарняними касами будуються на підставі угод про медичний супровід їхніх членів, завдяки чому останні мають можливість отримувати необхідну медичну допомогу. При цьому медичний супровід здійснюється при лікуванні в м. Києві, Донецькій, Житомирській, Кіровоградській, Полтавській, Рівненській областях та інших регіонах. До речі, у столиці склалася парадоксальна ситуація: чим більше коштів виділяється органами охорони здоров'я, тим вищий рівень захворюваності населення.

Лікарняні каси є потужним джерелом позабюджетного фінансування галузі охорони здоров'я. Лікувальні заклади лише Житомирської області отримали від цих кас медикаментів і виробів медичного призначення на суму 22,7 млн грн. Також відчутну фінансову підтримку одержують від лікарняних кас окремі лікарні. Так, Житомирська обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського тільки в 2010 р. отримала від каси ліків на суму 924 тис. грн⁶, що у 2,3 раза більше, ніж її бюджетне фінансування.

Важливою перевагою лікарняних кас є те, що за незначного щомісячного внеску (20 грн), завдяки наявності системи стандартизації та контролю якості медичної допомоги, забезпечується лікування без обмеження розміру витрат і кількості звернень. За весь період діяльності кас на суму до 1 тис. грн пролікувалося 119 940 їхніх членів, від 1 до 5 тис. грн — 25 054, від 5 до 10 тис. грн — 933, понад 10 тис. грн — 197⁷.

Проведення лікарняними касами позавідомчого громадського контролю якості лікування дає змогу забезпечити постійний моніторинг та оцінку діяльності лікувальних закладів і лікарів за вартістю лікування та кількістю недоліків, залучати лікарів до розробки стандартів лікування, зменшити витрати й число випадків побічних реакцій за рахунок раціонального призначення ліків. Окрім того, впровадження локальних клінічних протоколів і лікарського формуляра сприяє поліпшенню якості надання медичної допомоги. За своїми організаційно-методичними особливостями лікарняні каси можуть бути альтернативою медичному страхуванню та допомогти населенню й медичним працівникам збагнути основи державного медичного страхування.

⁵ Інформація Асоціації працівників лікарняних кас України (<http://likkasa.com>).

⁶ Там само.

⁷ Там само.

У нинішніх умовах держава не може задовольнити всі потреби медичної галузі, зокрема сприяти широкому впровадженню в Україні добровільного медичного страхування. До того ж його розвиток гальмується через низький рівень доходів населення, нестабільність економіки, відсутність мотивації роботодавців у розширенні цього виду страхування тощо.

Лікарняні каси працюють у правовому полі, мають потенціал розвитку майже в кожному регіоні країни, а також механізм мобілізації фінансових ресурсів для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги своїм членам. Їх широке впровадження є одним із напрямів реформування органів охорони здоров'я.