

УДК [338.45:61]:369.22(477)

М. А. Бас-Юрчишин

кандидат економічних наук, науковий співробітник відділу розвитку територіальних громад і транскордонного співробітництва ДУ «Інститут регіональних досліджень ім. М. І. Долишнього НАН України», м. Львів

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Окреслено ключові аспекти комплексного підходу до впровадження принципів страхування у сферу охорони здоров'я в умовах реформування. Здійснено розподіл рівнів забезпечення захисту здоров'я залежно від джерел фінансування на базовий, основний та сервісний. Запропоновано механізм функціонування обов'язкового медичного страхування в Україні, який включає організаційну та фінансову складові. Інституційна складова механізму передбачає створення Бюро медичного страхування, регіональних фондів та залучення виключно «довірих страхових компаній», діяльністю яких регулюється законодавством. Фінансовими інструментами визначено внески страховальників, асигнування з державного та місцевих бюджетів, картку-свідоцтво для кожної застрахованої особи. Визначено, що метою фінансового механізму є підвищення ефективності формування та використання фінансових ресурсів та забезпечення захисту здоров'я населення.

Ключові слова: охорона здоров'я, механізм, медичне страхування.

Bas-Yurchyshyn M. ORGANIZATIONAL-FINANCIAL MECHANISM OF FUNCTIONING OF MEDICAL INSURANCE IN THE SYSTEM OF HEALTH CARE OF UKRAINE

The key aspects of the integrated approach to the implementation of health insurance principles in health care in the context of reform are outlined. The distribution of the levels of protection of health protection according to the sources of financing to the primary, basic and service is carried out. The mechanism of functioning of compulsory health insurance in Ukraine is proposed, which includes organizational and financial components. The institutional component of the mechanism involves the creation of a Health Insurance Bureau, regional funds and the involvement of exclusively «trusted insurance companies», whose activities are regulated by law. Financial instruments include contributions from insurers, allocations from state and local budgets, certificate cards for each insured person. It is determined that the purpose of the financial mechanism is to increase the effectiveness of the formation and use of financial resources and to ensure the protection of public health.

Keywords: health care, mechanism, health insurance.

Сьогодні розпочато процес впровадження змін у вітчизняній галузі охорони здоров'я, однією з кінцевих цілей якого є запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС). Однак наявна незлагодженість бачення реалізації цих кроків різними органами влади суттєво гальмує реформу. Існує чимало прикладів інших країн щодо реформування цієї сфери, а також рекомендації ВООЗ, однак необхідно визнати, що не існує єдиного набору успішних заходів, які б працювали усюди однаково та давали однаковий результат. Для функціонування сфери охорони здоров'я характерний виражений регіональний характер, тому кожна стратегія її розвитку повинна враховувати місцеві умови, компроміси між головними суб'єктами та досягнення максимальної ефективності.

Значна кількість науковців досліджує питання організації сфери охорони здоров'я на принципах медичного страхування (МС), зокрема Андрушків І. П., Баєва О. В., Богомаз Н. В., Губар О. Є., Карпишин Н. І., Лівак П. Є., Малік Є. О., Нагайчук Н. Г., Норежян М. С., Стеценко В. Ю., Стецюк Т. І., Шекера О. Г., Busse R., Riesberg A та ін.

Водночас у процесі реформування галузі охорони здоров'я необхідно більш комплексно підходити до

впровадження принципів страхування, зокрема визначити наступне: (1) систему фінансування, яку обирає за основу Україна для роботи сфери охорони здоров'я (бюджетну, страхову, приватну чи змішану), що повинно бути документально задекларовано; (2) обсяг коштів, необхідних для ефективного та результативного функціонування галузі ОЗ, який визначається на основі наявного фінансування та збору об'єктивної інформації щодо реальних потреб галузі; (3) джерела, з яких відбуватиметься надходження основної частини фінансових ресурсів у галузь.

Оптимальним варіантом є запровадження моделі багатоканального фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Ключовим у цьому напрямку виступає визначення джерел надходження коштів у систему. Поєднання коштів державного та місцевих бюджетів, страхових внесків ОМС та приватних платежів (добровільне медичне страхування (ДМС) та прямих платежів), а також, інших надходжень, які не заборонені законодавством (благодійних внесків, фінансових ресурсів від міжнародних організацій тощо), дозволить забезпечити диверсифікацію джерел забезпечення галузі, що підвищить стабільність її функціонування. Акумуляування основних обсягів

Рівні забезпечення захисту здоров'я

Рівень забезпечення захисту здоров'я	Джерела фінансування	Характеристика
Базовий	Держбюджет	гарантований державою рівень захисту здоров'я людини, який полягає у збереженні життєвих функцій людини, лікування невідкладних станів.
Основний	ОМС+місце ві бюджети або ДМС, який включає повний пакет ОМС з додатковими послугами	гарантований державою рівень надання медичних послуг населенню, спрямований на збереження та поліпшення здоров'я людей полягає в наданні медичних послуг для лікування захворювань, профілактики та реабілітації з метою збереження працездатності особи.
Сервісний	ДМС	рівень забезпечення захисту здоров'я, який передбачає задоволення потреб особи шляхом надання їй медичних послуг в умовах підвищеного комфорту та пропозиції додаткових медичних послуг, які виходять за рамки необхідного лікування (косметична пластична хірургія, оздоровчі процедури)

Створено автором з використанням [2; 3; 4; 5]

ресурсів для розвитку галузі охорони здоров'я повинна відбуватися у системі медичного страхування (табл. 1).

Держава повинна повністю брати на себе відповідальність на першому – базовому рівні забезпечення захисту здоров'я, який спрямований на «збереження життя», та частково на другому – основному, на якому забезпечується збереження здоров'я. Державний бюджет повинен гарантувати фінансування невідкладної допомоги та цільових програм. На базовому рівні держава зобов'язана гарантувати захист населенню у разі необхідності невідкладної допомоги, катастроф, нещасних випадків тощо. Фінансування цих потреб на 100% повинно відбуватися безпосередньо з держбюджету.

Другий рівень – основний, де головне навантаження у фінансуванні спрямовується на систему ОМС, де надавачами страхових послуг повинні бути «довірені страхові компанії». Місцеві бюджети повинні забезпечувати захист здоров'я малозабезпечених груп населення (безробітні, пенсіонери, особи з особливими потребами) в рамках ОМС.

На цьому рівні стандартною схемою формування фондів страхових внесків передбачено за рахунок:

- працюючих громадян та їх роботодавців, які сплачують внески у відсотках до власних доходів та фонду оплати праці відповідно (за працівників та їхні сім'ї). 2/3 внеску сплачує роботодавець і 1/3 – працівник;
- зайнятих у державному секторі, які сплачують внесок з зарплати, а держава-роботодавець сплачує внесок з державного або місцевого бюджету (за працівників та їхні сім'ї). 2/3 внеску сплачує роботодавець і 1/3 – працівник;
- місцевих бюджетів або соціальних фондів за непрацююче населення (люди з інвалідністю, безробітні);
- власних коштів за самостійно зайнятих громадян (за себе та свої сім'ї);
- власних коштів для інших категорій громадян, які можуть окремо долучатися до системи ОМС на добровільних договірних засадах.

У рамках основного рівня забезпечення захисту здоров'я населення на державний бюджет також покладається функція фінансування цільових програм щодо захисту населення та профілактики особливо небезпечних захворювань. На основному рівні повинна існувати можливість страхування в рамках ДМС за умови наявності у програмі повного пакету послуг передбачених ОМС та відрахувань зі страхового внеску ДМС у фонд ОМС.

Сервісний рівень передбачає надання додаткових послуг, що окрім гарантованого рівня забезпечення медичними послугами, сприяють підвищенню комфорту під час лікування (окрема палата, особливе харчування тощо) та забезпечують послуги, які не впливають на стан здоров'я, а носять естетичний чи косметичний характер (пластичні операції; омолоджуючі ін'єкції; аборти, якщо немає загрози здоров'ю жінки, тощо). Такі послуги потрапляють під дію програм ДМС.

Інші джерела фінансування галузі охорони здоров'я виступають виключно доповненням до бюджетного фінансування та системи МС і можуть спрямовуватися на інфраструктурне переоснащення закладів, підтримку програм цільового фінансування охорони здоров'я окремих категорій населення (сільської, гірської місцевості, зон екологічного забруднення тощо), підвищення комфорту обслуговування. Обсяг необхідних коштів найдоцільніше визначати на основі вартості медичних послуг, яка повинна визначатися та встановлюватися на загальнодержавному рівні.

Для належного функціонування ринок медичного страхування потребує нормативного врегулювання. А

саме: 1) у законодавстві необхідно чітко окреслити суть діяльності всього ринку; 2) охарактеризувати ринок ОМС та ДМС та узгодити механізм їхньої взаємодії; 3) визначити регулятора для всього ринку.

Прийняття Закону України «Про медичне страхування», який би регулював загальні принципи функціонування медичного страхування, дозволить комплексно охопити сферу фінансових потоків у галузі охорони здоров'я та встановити чіткі правила гри для суб'єктів ринку МС.

Впровадження інституту ОМС дозволить виправити ряд недоліків фінансування охорони здоров'я, а саме: ліквідувати залишковий принцип фінансування галузі; ввести адекватне фінансування медичних послуг; розвинути економічні методи управління та ринкові механізми роботи; удосконалити структуру галузі та управління нею; підвищити соціально-економічну ефективність діяльності медичної галузі тощо. Механізм функціонування ОМС в Україні запропоновано на рис. 1.

яке б відповідало за організаційне забезпечення механізму функціонування ОМС та управління ним. Бюро повинно бути незалежним об'єднанням «довірих» страхових компаній, які здійснюють ОМС. Членство страховиків у Бюро та наявність ліцензії є обов'язковою умовою здійснення діяльності щодо ОМС. Бюро медичного страхування повинно бути непідприємницькою (неприбутковою) організацією. До складу керівних органів Бюро повинні входити представники держави, громадськості та страховиків. Відбір до керівних органів повинен відбуватися за професійною ознакою – мінімум один економіст (фінансист) та один представник медичної галузі від кожної сторони.

Нагляд та контроль за функціонуванням ринку МС в частині організації обслуговування населення здійснює МОЗ. Фінансовий контроль здійснюється Нацкомфінпослуг та Міністерством фінансів України з метою забезпечення цільового використання фондів ОМС та фінансової дисципліни на ринку.

Окремою і дуже важливою ланкою механізму

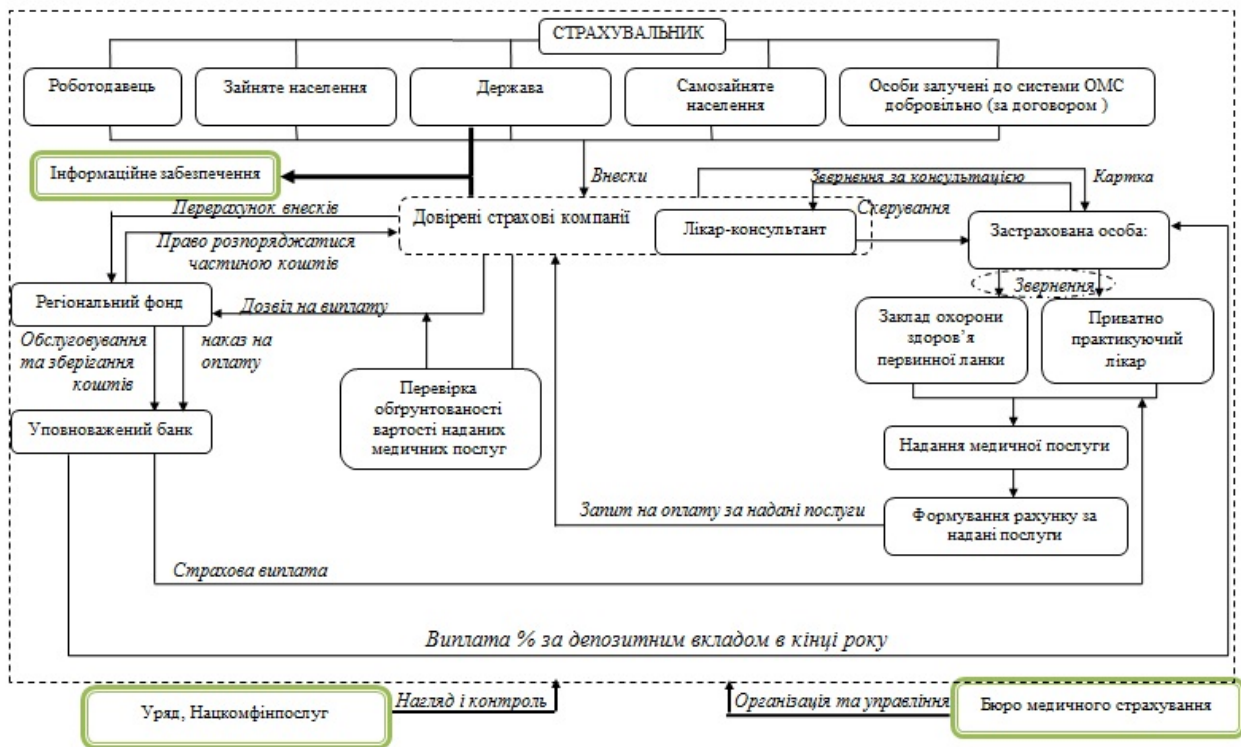


Рис. 1. Механізм функціонування ОМС в Україні (Ств. автором)

Метою функціонування ринку МС є надання послуг найвищої якості для досягнення високого рівня стану здоров'я населення. Для ОМС мета конкретизується деякими умовами: забезпечення рівного права громадян на доступність медичної допомоги; забезпечення стабільного гарантованого фінансування надання медичної допомоги; медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я [1].

Для запровадження та злагодженого функціонування такого механізму необхідно передбачити створення Бюро медичного страхування,

ОМС є інформаційне забезпечення, а саме статистична, економічна, фінансова та комерційна інформація. На базі Бюро забезпечення захисту здоров'я необхідно створити Департамент інформаційного забезпечення, який би відповідав за збір, обробку та поширення інформації про ринок МС, що дозволить головним учасникам ринку оперативно реагувати на різні тенденції.

У структурі загального механізму здійснення ОМС одну з найважливіших функцій виконує фінансовий механізм, метою якого є підвищення ефективності формування та використання фінансових ресурсів

ОМС та забезпечення захисту здоров'я населення. У рамках фінансового механізму ОМС виділяємо такі джерела фінансового забезпечення: кошти роботодавців, зайнятого та самозайнятого населення, державний та місцеві бюджети, добровільні та благодійні внески.

Фінансове регулювання використовує нормативний метод на основі протоколів лікування та відповідно встановленої вартості медичних послуг. Фінансове планування полягає у формуванні децентралізованих фондів МС для ефективного перерозподілу коштів та задоволення поточних потреб застрахованого, страхової компанії, закладу охорони здоров'я та держави. Такі фонди функціонуватимуть як самоврядні організації підзвітні та підконтрольні органам місцевого самоврядування, територіальним громадам, страховикам та Міністерству фінансів України. Взаємодія між регіональними фондами повинна відбуватися на договірних засадах, за умови втручання Бюро забезпечення захисту здоров'я.

Засобами фінансового регулювання є фінансові інструменти та фінансові важелі. Фінансові інструменти: внески страхувальників, асигнування з державного та місцевих бюджетів, картка-свідоцтво для кожної застрахованої особи. Картка-свідоцтво – це важливий документ, який підтверджує наявність у особи страхового покриття та засвідчує гарантію покриття витрат на лікування. Звертаючись у заклад охорони здоров'я особа пред'являє картку-свідоцтво, заклад охорони здоров'я перевіряє наявність картки у базі даних Бюро та надає медичну допомогу дійсному учаснику системи ОМС. Картка-свідоцтво передбачає відкриття депозитного рахунку на суму страхового внеску та нарахування відсотків банком, що обслуговує регіональний фонд. У разі відсутності звернень до медичного закладу (відсутності страхового випадку), застрахована особа має право накопичувати відсотки за депозитом і згодом або одразу використати їх на оздоровчі процедури, придбання вітамінного комплексу або оздоровчий відпочинок. Важелями у фінансовому механізмі функціонування ОМС є тариф, який визначає розмір внеску, відсоток депозиту на картці-свідоцтві, трансакційні витрати, знижки, санкції, штрафи та пені.

Механізм ДМС може функціонувати на принципах ризикового страхування, однак повинен строго відповідати вимогам якісного обслуговування клієнтів відповідно до законодавства про забезпечення захисту здоров'я. Взаємодія систем ОМС і ДМС відбувається на основному рівні (збереження здоров'я). Програма ДМС може надаватися як окрема послуга додатково до ОМС в різних страхових компаніях, а може включати в себе базову програму ОМС та додаткові послуги у «довірених» СК.

Окремо нормативного врегулювання потребує механізм діяльності товариств взаємного страхування (ТВС) на ринку МС в контексті створення родинних фондів забезпечення захисту здоров'я. Рух у напрямку формування ТВС за сприяння держави забезпечить зростання рівня довіри до страхових принципів фінансування галузі ОЗ. Механізм їхньої діяльності повинен передбачати відрахування у регіональні фонди для оплати базового пакета медичного обслуговування гарантованого в рамках системи ОМС. Водночас такі товариства можуть гарантувати значно ширший обсяг страхового захисту на взаємообумовлених умовах. Головними перевагами діяльності ТВС можна визначити:

- Ефект родинного зв'язку забезпечить впевненість кожному, що кошти будуть використані за призначенням;
- Можливість розширення спектру страхового захисту за більш низькими цінами порівняно з ДМС, оскільки у ТВС прибутковість діяльності не є визначальною.
- Самостійне розпорядження коштами родинного фонду, що захищає від ризику шахрайства з боку страхових компаній тощо.

У той же час, існує чимало ризиків пов'язаних з недостатністю знань у керівного складу ТВС для ефективного управління коштами фонду, складністю організаційного забезпечення роботи ТВС, що вимагає часу та фінансування, високими страховими тарифами через обмеженість кількості учасників створених фондів, необхідністю формування досконалої системи регулювання діяльності цих товариств та ін. Це питання повинно бути врегульоване шляхом визначення у нормативних актах способів передачі права на управління фондами професійним страховикам на умовах перестрахування з обов'язковим відрахуванням визначеної суми коштів у гарантійний фонд ОМС.

Регіональні особливості розвитку ринку МС визначаються, як у контексті регіонів України, так і місцевостей проживання населення (сільської та міської). Головним орієнтиром організації ринку МС у регіональному розрізі виступає стратегія адміністративно-територіальної реформи.

Удосконалення діючого нормативно-правового забезпечення вимагає внесення змін до Конституції щодо легалізації запровадження ОМС та узгодження наявних нормативно-правових актів (законів, наказів, указів, розпоряджень, постанов, нормативів та стандартів тощо) з новим Законом «Про забезпечення захисту здоров'я».

Ще однією умовою ефективного розвитку ринку МС є запровадження стратегії «особистої відповідальності громадянина за власне здоров'я». Одним з важливих аспектів розвитку вказаної стратегії є формування відчуття особистої відповідальності за збереження та захист власного здоров'я. Реалізація такого роду проектів може

передбачати впровадження освітніх інтерактивних програм, проведення тренінгів, відпочинкових та заходів спрямованих на суспільний діалог тощо, які впроваджуватимуться у навчальний процес школярів, студентів, робочий процес та дозвілля дорослого населення.

Окремою проблемою є виховання відповідального суспільства серед дорослого населення, яке ще пам'ятає радянську безкоштовну медицину. На нашу думку, в цьому випадку необхідно робити наголос на роз'ясненні прав, можливостей та конкретних інструкцій дій. Потенційний страхувальник лише тоді вступає у страхові відносини, коли страховий інтерес буде ним усвідомлений. І лише результати належного обслуговування в рамках системи ОМС дозволять переорієнтувати думку дорослого населення на доцільність особистої відповідальності за власне здоров'я. Реалізація вказаної стратегії є тривалим та безперервним процесом, активними учасниками якого повинні ставати суб'єкти ринку МС.

Таким чином, в частині забезпечення соціальних гарантій кожному громадянину реалізації його права на охорону здоров'я доцільним є запровадження принципів медичного страхування у сфері охорони здоров'я для належного медичного обслуговування усього населення країни. До основних умов впровадження страхових принципів у сферу охорони здоров'я слід віднести реформу системи ОЗ (а саме зміна моделі фінансування галузі ОЗ), нормативне врегулювання ринку та формування суспільства «відповідальної особи». Забезпечення таких передумов зумовлює функціонування медичного страхування на основі налагодження інституційної взаємодії загальнодержавного та регіонального рівнів управління, а також громадянського суспільства.

Список використаних джерел

1. Конституція України: прийнята 28.06.1996 р., №254к/96-вр). Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>
2. Європейська соціальна (переглянута) хартія від 03.05.1996, ЕТС № 163. – Страсбург. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_062
3. Зайцева Н. Охорона здоров'я: не руйнувати, а поліпшувати // Дзеркало тижня. – 30.10.2009. – Режим доступу: http://gazeta.dt.ua/HEALTH/ohorona_zdorovya_ne_ruynuvati_a_polipshuvati.html
4. Козоріз Г. Г. Посилення впливу соціальних функцій страхування на забезпечення суспільного розвитку / Г. Г. Козоріз // Вісник Університету банківської справи Національного банку України. – 2010. – № 2 (8). – С. 187-191.

5. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.00.08 «Гроші, фінанси і кредит» / Т. І. Стецюк. – Київ, 2009. – 18 с.

6. Закон України «Про страхування» від 7 березня 1996 р. №85/96 / Верховна Рада України. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85-96>

7. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ / Верховна Рада України. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

References

1. Supreme Council of Ukraine (1996). *Konstytutsiya Ukrayiny [The Constitution of Ukraine]* (Adopted on 1996, June 28, 254k/96-VR). Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> [in Ukrainian].
2. Yevropeys'ka sotsial'na (perehlyanuta) khartiya [European Social Charter. Strasbourg. Adopted on 1996, May 03, ETS № 163. Retrieved from http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_062 [in Ukrainian].
3. Zaitseva, N. Okhorona zdorov'ya: ne ruynuvaty, a polipshuvaty [Health: not to destroy, but to improve]. *Dzerkalo tyzhnya. Ukrayina – ZN.UA.* [in Ukrainian].
4. Kozoriz, G.G. (2010) Posylennya vplyvu sotsial'nykh funktsiy strakhuvannya na zabezpechennya suspil'noho rozvytku [Strengthening the impact of social functions of insurance on provision of social development]. In *Visnyk Universytetu bankivs'koyi spravy Natsional'noho banku Ukrayiny [Bulletin of the University of Banking National Bank of Ukraine]: Vol. 2 (8) (pp. 187-191).* [in Ukrainian].
5. Stetsyuk, T. I. (2009). *Medychne strakhuvannya ta yoho rol' u zabezpechenni sotsial'noho zakhystu hromadyan [Medical insurance and its role in providing social protection of citizens].* (Master's thesis). Kyiv. [in Ukrainian].
6. Supreme Council of Ukraine (1996). *Pro strakhuvannya [About insurance]: Law of Ukraine,* adopted on 1996, March 07, 85/96. Retrieved from <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85-96> [in Ukrainian].
7. Supreme Council of Ukraine (1992). *Osnovy zakonodavstva Ukrayiny pro okhoronu zdorov'ya [Fundamentals of Ukrainian legislation on health care]: Law of Ukraine,* adopted on 1992, Nov 19, 2801-XII. Retrieved from <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> [in Ukrainian].