

Обов'язкове медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи

Анотація: Розглянуто основні причини інертності впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Визначено можливі перспективи та шляхи реалізації обов'язкового медичного страхування у випадку введення законопроекту "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування". Зроблено критичний аналіз законопроекту і запропоновано комплекс пропозицій щодо його удосконалення.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування (ОМС), система охорони здоров'я, проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування".

Вступ: На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я обов'язкове медичне страхування не поширене, проте його впровадження є головним стратегічним кроком у реформуванні галузі. Більше ніж 10 років вітчизняний уряд готується до запровадження системи обов'язкового медичного страхування: підготовлено законодавчу базу, яка гарантує громадянам право на обов'язкове медичне страхування (Конституція України, Основи законодавства про охорону здоров'я тощо), розроблено декілька проектів законів про обов'язкове медичне страхування, досліджено зарубіжний досвід і прийнято рішення щодо проведення регіональних експериментів - Указ Президента України "Про проведення експерименту у Києві та Київській області по обов'язковому державному соціальному медичному страхуванню". Однак, даний експеримент досі не проведено, а черговий законопроект надалі знаходиться на стадії очікування.

Дискусія з приводу необхідності і доцільності введення медичного страхування, як додаткового джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я населення, вже тривалий час відбувається в нашому суспільстві. З огляду на сучасний фінансовий стан охорони здоров'я, найбільшу підтримку одержала група, учасники якої займають позицію "за" - це провідні спеціалісти

в галузі охорони здоров'я: Лехан В.М., Войцехівський В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Рудень В.В., Буркат Н.Є., Загаєвський С.І., Доброногов А. та інші і більшість урядовців. Серед головних аргументів, які свідчать про переваги системи медичного страхування, науковці виділяють - відхід від залишкового принципу фінансування охорони здоров'я і цільовий характер формування фондів. Вважається, що використання коштів, зосереджених у фонді медичного страхування лише на цілі охорони здоров'я, дозволить поліпшити забезпечення охорони здоров'я фінансами на регулярній і повноцінній основі. В свою чергу, відокремлення фінансування від надання медичної допомоги і введення в систему незалежного фінансового посередника в особі страховика (страхового фонду) сприятиме формуванню конкурентних відносин і покращенню якості медичних послуг [1; С.43].

Опонентами у цій дискусії виступають в основному представники регіональної медицини, підприємці та деякі науковці. Вони вважають, що внаслідок економічної кризи 1990-1999 рр., яка призвела до важких соціально - економічних наслідків в країні у фонді медичного страхування не вдасться акумулювати значні кошти для вирішення фінансових проблем галузі. Крім того, перехід до системи медичного страхування вимагатиме від державного бюджету додаткових адміністративних витрат, а для підприємств і організацій стане додатковим податковим тягарем, в результаті чого може знизитися конкурентноспроможність продукції на міжнародних ринках і посиляться тенденція "тінізації" виробничої сфери. Місія Світового банку в сфері охорони здоров'я, очолювана в Україні провідним спеціалістом з охорони здоров'я Томасом Палу прийшла до висновку, що в сучасних умовах недоцільно приймати в Україні закон про медичне страхування, оскільки це може призвести до того, що через надто високий рівень оподаткування більшість підприємств піде в тінь [2; С.2].

Незважаючи на гарячі диспути, які викликає тема обов'язкового медичного страхування, в останні роки в Україні спостерігається процес поживлення законотворчого процесу у даному напрямку:

- У квітні 1996 року прийнято Закон України "Про страхування";
- В 1998 році прийнято Основи законодавства України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування";
- 7 червня 2001 року - в першому читанні прийнято проект "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування";
- 17 січня 2002 року Верховною Радою України прийнято в другому читанні законопроект "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування".

Більше ніж два роки пішло на підготовку законопроекту "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", який прийнято Верховною Радою у двох читаннях, однак, у вересні 2003 року у третьому читанні вже вкотре відхилено черговий проект на невизначений термін і швидше всього його чекає та ж участь, що і його попередників - забуття.

Даний законопроект вже тривалий час піддається критиці через те, що в його основі лежить створення чергового соціального фонду - Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України - некомерційної самоврядної організації, якій надається право здійснювати управління системою загальнообов'язкового державного соціального страхування, провадити збір, акумуляцію та облік страхових внесків, забезпечувати своєчасне фінансування надання медичних послуг та виконувати інші функції. Досвід функціонування в Україні різноманітних фондів соціального страхування, який не можна назвати успішним через заборгованість та низькі розміри виплат і допомог тощо, розчарував більшість населення, тому створення чергового соціального фонду викликає сумніви у багатьох науковців і практиків щодо поліпшення ситуації в охороні здоров'я.

Перспектива запропонованого у проекті варіанту обов'язкового медичного страхування також викликає незадовільні відгуки у вітчизняних страховиків. Негативно розцінюється той аспект, що у згаданому законопроекті страхові організації не приймають участі у обов'язковому медичному страхуванні, а це на думку страховиків може загострити протиріччя між добровільним і

обов'язковим медичним страхуванням і навіть затормозити розвиток добровільного медичного страхування в країні. Є ще ряд невирішених і нерозглянутих законопроектом проблем, однак основною, на наш погляд, причиною неприйняття згаданого проекту є той факт, що у квітні 2003 року депутатами нового скликання зареєстровано альтернативний проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування", який вже отримав підтримку в деяких колах і розцінюється як більш довершений і готовий до впровадження [3; 4].

Постановка завдання: У даній статті ми проаналізуємо запропонований проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" і з'ясуємо ступінь його довершеності. Крім того, в процесі обговорення згаданого законопроекту плануємо дати необхідні пропозиції і зайняти власну позицію стосовно його результативності і значення у реформуванні охорони здоров'я.

Результати: Провідною ідеєю нового законопроекту є реалізація принципу багатоканального фінансування охорони здоров'я і впровадження обов'язкового медичного страхування на засадах страхування з участю недержавних спеціалізованих медичних страхових організацій [5]. Закон зберігає структуру системи охорони здоров'я, не порушує принципів бюджетного фінансування і створює умови для додаткового фінансування за рахунок обов'язкового та добровільного медичного страхування та інших фінансових джерел. У даному проекті законодавчо врегульовано поняття "медична допомога", "медична послуга (робота)", "медичні товари", крім того, вводяться нові терміни: життєзберігаючий і здоров'язберігаючий рівні надання медичної допомоги тощо. Законопроектом також чітко визначено джерела фінансування охорони здоров'я в Україні і встановлено напрямки їх використання.

Базовим завданням законопроекту є розробка і впровадження двох програм: Державної програми медичного забезпечення, яка включає перелік заходів з охорони здоров'я, що надаються в державних і комунальних закладах

охорони здоров'я для всього населення країни на життєзберігаючому рівні, а для окремих категорій громадян на здоров'язберігаючому рівні та фінансується за рахунок бюджетів і Програми обов'язкового медичного страхування, яка включає перелік медичних послуг, що надаються застрахованим особам в закладах будь-якої форми власності, які мають дозвіл (ліцензію) на здійснення такого виду діяльності та Договір про надання медичних послуг на здоров'язберігаючому рівні та фінансується за кошти ОМС.

Запропонований законопроектом варіант організації обов'язкового медичного страхування передбачає таку поетапність дій:

Перший етап (термін - 3 міс. після прийняття Закону). На даному етапі припускається створення нової організаційної структури - Державної медичної страхової організації (ДМСО) - спеціалізованої медичної страхової організації, яка повинна виконувати функції з управління обов'язковим медичним страхуванням і здійснювати державну політику щодо даного виду страхування. Також в цьому періоді, планується здійснювати роботу над розробкою та прийняттям КМУ таких нормативно-правових документів: Державної програми медичного забезпечення, Програми обов'язкового медичного страхування, "Положення про гонорари", "Положення про Центр медичного страхування" .

Другий етап (термін - 1 рік). Протягом даного етапу Державною медичною страховою організацією повинно бути відпрацьовано механізм збору і проведення страхових виплат та розроблено методологію розрахунків у системі медичного страхування. За цей період передбачається створення мережі виконавчих органів ДМСО: філій і представництв та вирішення завдань щодо матеріально-технічного оснащення.

Третій етап. На заключному етапі, планується створення Центру медичного страхування - недержавної неприбуткової організації, членами якої повинні стати: ДМСО та медичні страхові компанії, представники виробників медичних послуг, страховальників та застрахованих осіб. Також передбачається залучення до системи обов'язкового медичного страхування

недержавних спеціалізованих страхових організацій, яким згідно законопроекту надається право прямого збирання страхових внесків за договорами ОМС.

Запропонований законопроектом порядок організації медичного страхування в Україні схематично можна представити на Рис.1.

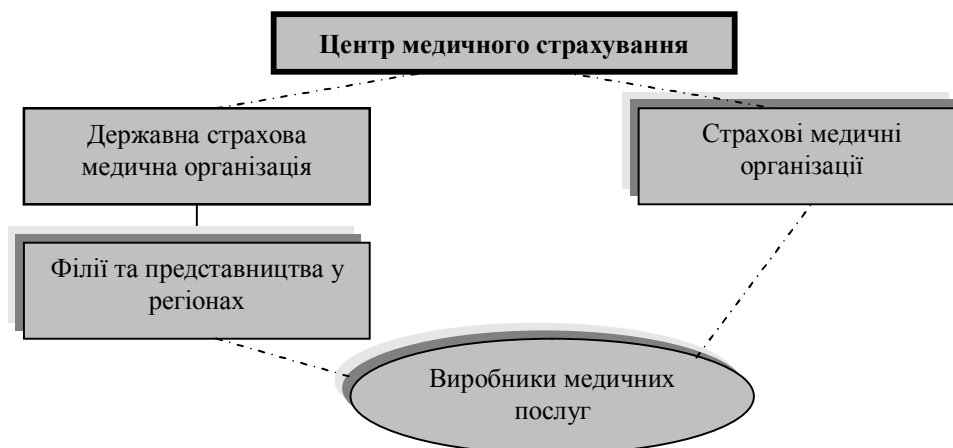


Рис. 1 Організаційна структура системи ОМС в Україні [5]

Як це видно з рис. 1, центральне місце в системі ОМС України відводиться Центру медичного страхування, який покликаний виконувати роль гаранта по наданню медичної допомоги за Програмою ОМС і здійснювати управлінські функції з регулювання і координування діяльності цієї системи. Право на проведення обов'язкового медичного страхування надається ДСМО і недержавним страховим медичним організаціям, яким також дозволено займатися добровільним медичним страхуванням.

На наш погляд, запропонована структура ОМС недосконала і потребує подальших уточнень і змін. У законопроекті нечітко визначено роль і стратегію діяльності Державної медичної страхової організації в системі ОМС і її функціональне призначення вже після створення Центру медичного страхування. Також, не відпрацьовано чіткого механізму взаємовідносин між учасниками обов'язкового медичного страхування і необгрунтовано ряд аспектів, які стосуються організаційних і фінансових питань.

Законопроектом пропонується створювати лише спеціалізовані страхові медичні компанії, оскільки на думку авторів проекту надання прав на здійснення обов'язкового медичного страхування спеціалізованим

недержавним страховикам забезпечить умови для конкуренції і значно покращить якість медичного обслуговування. Однак, чи спроможний вітчизняний ринок страхування забезпечити необхідні умови для розвитку обов'язкового медичного страхування - це питання потребує обговорення і детальнішого аналізу. Адже, відомо, що медичне страхування - це досить дорогий вид діяльності, навіть у досвідчених країнах (Франція) компанії страхують комплексно, оскільки страхувати окремо медичні послуги - збитково, тому додатково проводиться страхування від інших видів ризику - від смерті, інвалідності, тимчасової втрати працездатності тощо [6, С.264].

Крім того, в Росії вже було зроблено спробу створити самостійну систему ОМС, в якій першопочатково основні функції з управління фінансовими коштами було покладено на страхові медичні організації. Однак пізніше, внаслідок виникнення ряду зловживань у цій сфері, було прийнято рішення щодо створення фондів медичного страхування, основне завдання яких акумулювати фінансові кошти, фінансувати обов'язкове медичне страхування, яке здійснюють медичні організації і здійснювати контроль за раціональним витрачанням коштів. В результаті в країні виникла громіздка, нераціональна і достатньо затратна структура ОМС, де страховим медичним організаціям відводиться роль своєрідного касира, якому належить доводити кошти ОМС до медичних установ. Цей негативний досвід необхідно взяти до уваги і намагатись не повторювати вже допущених помилок.

Одним із спірних моментів даного законопроекту є запропонована у сфері обов'язкового медичного страхування кількість страхувальників (платників страхових внесків) - чотири групи: роботодавці, органи місцевого саморядування, фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування (4 фонди) і інші платники, які сплачують страхові внески за утриманців, а не за себе. Участь такої кількості страхувальників, на нашу думку, може значно ускладнювати процедурубору страхових внесків, тому, необхідно максимально спростити перелік платників в системі ОМС і звернути увагу на доцільність використання стількох фондів соціального страхування.

Крім того, у законопроекті немає фінансово-економічного обґрунтування запропонованого розміру страхового внеску на обов'язкове медичне страхування. Чим обумовлено вибір суми страхових внесків - 6% від середнього прожиткового мінімуму за одну застраховану особу і чи достатньо цієї суми на фінансування медичної допомоги, гарантованої Програмою ОМС - ці питання залишаються відкритими. Підхід, за яким для таких категорій населення як непрацюючі пенсіонери, безробітні, інваліди, які отримали травму на виробництві тощо, передбачено меншу суму страхового внеску - 3% від середнього прожиткового мінімуму за одну застраховану особу, ставить в нерівні умови цих громадян поряд з іншими особами, за яких сплачуються більші суми внесків.

Передумовою ефективного запровадження законопроекту в дію, на наш погляд, повинно бути законодавче врегулювання такої надзвичайно важливої і складної проблеми як забезпечення уніфікованого підходу до визначення вартості медичних послуг, що надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Прийняття окремого спеціального закону про тарифи на медичну діяльність дасть змогу підрахувати вартість Програми ОМС і відповідно визначити необхідну суму грошових коштів в межах якої можна буде розрахувати розмір страхового внеску.

Незаперечним є той факт, що введення обов'язкового медичного страхування у будь-якому випадку вимагатиме від страхувальників мобілізації грошових коштів, необхідних для сплати страхових внесків. У запропонованому законопроекті цьому аспекту приділено недостатньо уваги і досить поверхнево визначено за рахунок яких джерел буде проводитися сплата внесків на ОМС.

Так, на бюджети органів місцевого самоврядування покладено завдання по сплаті страхових внесків за наступні верстви населення: найманих працівників і самозайнятого населення. Джерелом сплати страхових внесків пропонується використовувати: 1) податок на доходи з фізичних осіб (загальна сума страхових внесків - 2737,9 млн. грн.); 2) суми фіксованого податку,

єдиного податку, спеціального торгового патенту на певні види діяльності тощо - сума страхових внесків - 291,1 млн. грн. Виникає питання, чи зможуть витримати таке навантаження місцеві бюджети, адже за даними 2002 року запропонована сума страхових виплат за найманих працівників - це майже 25% від надходжень прибуткового податку з громадян. Це означає, що органам місцевого самоврядування або прийдеться скорочувати видатки на інші бюджетні потреби або підвищувати поступлення від згаданих податків на очікувану суму.

Інші аспекти, які на нашу думку вимагають додаткового пояснення і обґрунтування - це виплата страхових внесків по обов'язковому медичному страхуванню за рахунок коштів соціальних фондів. Джерелом сплати страхових внесків пропонуються кошти фондів, однак питання про те, чи є грошові резерви у цих фондів і чи зможуть вони сплачувати за медичне страхування відповідних категорій осіб в законопроекті не вирішується.

В проекті нечітко визначено статус державних і комунальних закладів охорони здоров'я, хоча прослідковується ідея про надання цим закладам статусу суб'єктів некомерційної господарської діяльності. Питання щодо зміни правового статусу закладів державної системи охорони здоров'я і надання їм самостійності у здійсненні господарської діяльності вже давно обговорюється науковцями. На думку більшості, такий підхід повинен активізувати фінансово-господарську діяльність закладів охорони здоров'я і сприяти ефективнішому витрачання грошових коштів. Однак, ми вважаємо, що здійснювати цей крок передчасно, оскільки: сучасний ресурсний стан, в якому перебувають вітчизняні заклади охорони здоров'я, за матеріально-технічними і фінансовими показниками не відповідає рівню гарантованої державою медичної допомоги; досі не відпрацьовано механізмів ціноутворення у сфері охорони здоров'я і не розроблено стандартів якості медичної допомоги. Крім того, надання самостійності бюджетним медичним установам може призвести до безконтрольного витрачання фінансових ресурсів і зростання вартості медичних послуг.

Висновок: Інертність законотворчих процесів і фрагментність проведення реформ в галузі охорони здоров'я призвели до виникнення таких негативних явищ як погіршення демографічної ситуації, зниження якості медичної допомоги, поширення корупції і головне - зростання соціального напруження в суспільстві. Одним з шляхів виходу з існуючої ситуації є впровадження системи обов'язкового медичного страхування і побудова нової системи фінансового забезпечення, заснованої на принципах багатоканального фінансування. Аналізуючи ключові моменти нового проекту Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування і порівнюючи його з попередніми, можна зробити висновок, що вперше, за весь період незалежності, розроблено законопроект, у якому запропоновано єдину концепцію фінансового забезпечення охорони здоров'я і обов'язкового медичного страхування у відповідності до гарантій, встановлених у вітчизняному законодавстві. Незважаючи на позитивні сторони даного законопроекту, він не позбавлений певних недоліків і потребує подальшого доопрацювання і наукового обґрунтування.

Література:

1. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. К.: Видавництво Сфера, 2001. – 174с.
2. Державне медичне страхування змусить лікарів піти в тінь // RIA плюс. - 2002. - №47. - С.2.
3. Дольник В. Время уже взвесит все "за" и "против" // Финансовые услуги . - 2003. - №4. - С. 46-47.
4. Нонко В., Стецюк Т. Пациент требует хирургического вмешательства // Финансовые услуги . - 2003. - №4. - С. 45- 49.
5. Проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування"
6. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения / НАН Украины. Институт экономико-правовых исследований. - Донецк: ВИК, 2002. - 294 с.