

М. П. Тищенко,

канд. екон. наук, доцент кафедри політичної економії
обліково-економічних факультетів,
ДВНЗ «КНЕУ ім. В.Гетьмана»

ГОТОВНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ДОСВІД ОДЕСЬКОЇ, МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

У 2012 році завершився пілотний проект «Місцеве самоврядування в Україні: підвищення кваліфікації та прикладні дослідження» з ефективності надання медичних послуг в містах Одеської і Миколаївської областей, фінансований Міністерством закордонних справ Норвегії, скерований на проведення дослідження муніципальної медицини, створення умов для підвищення якості надання медичних послуг населенню. У межах проекту було створено мережу, яка об'єднала спеціалістів шести міст (Білгород-Дністровського, Вознесенська, Ізмаїлу, Первомайська, Теплодара та Южного), готових до реформування, вдосконалення медичних послуг на місцевому рівні.

До роботи в проекті долучилися науковці, в т. ч. представник ДВНЗ «КНЕУ ім. В. Гетьмана». У зв'язку з відсутністю статистичних даних на місцевому рівні дослідники розробили систему критеріїв та показників для оцінки якості надання ефективних медичних послуг, визначили методiku дослідження (на основі бенчмаркінгу) та провели анкетування 1200 споживачів міст Одеської і Миколаївської областей щодо якості надання медичних послуг. Результати дослідження виявилися досить цікавими, а подекуди і несподіваними.

Більшість особистих фінансових затрат 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 медицини полягає в її прогнозованості: кожен громадянин вкладає невеликі суми коштів у медичну страховку для того, щоб бути впевненим, що при хворобі всі або переважна більшість медичних витрат будуть оплачені. 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. 1), що більшість населення усвідомлює об'єктивну необхідність введення страхової медицини і підтримує цей захід реформування системи охорони здоров'я (64,1 % усіх опитаних). Простежується й певна залежність між рівнем доходів населення, а отже — його платоспроможністю, та рівнем готовності до запровадження страхової медицини. Так, у м. Южному спостерігається найвищий рівень середньомісячного доходу респондентів (4100 грн), і частка осіб, які під час опитування дали ствердну відповідь на запитання про підтримку страхової медицини, — теж найвища (70,0 %).

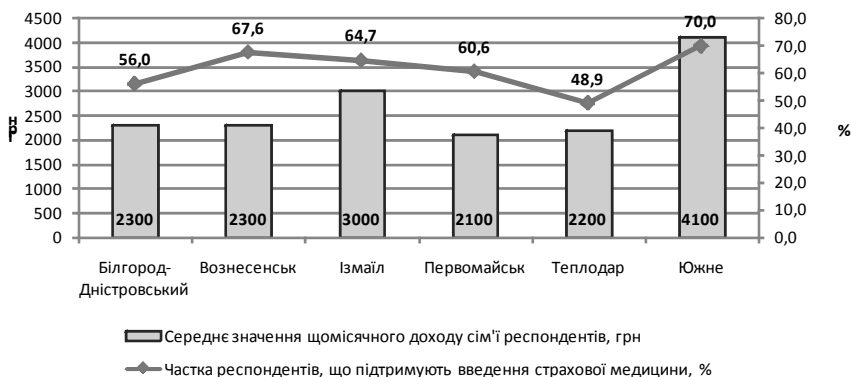


Рис. 1. Частка респондентів, що підтримують введення страхової медицини та середнє значення щомісячного доходу їх сімей

Показовим є приклад м. Вознесенська, де страхова медицина теж знайшла значну підтримку у населення (67,6 %), а середньомісячний дохід сімей респондентів не надто великий — 2300 грн. Така ситуація пояснюється тим, що у м. Вознесенську ще у 1997 р. 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) 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 респуб-

ліканських та обласних медичних закладах, надавати консультації та проводити діагностику в амбулаторних умовах, надавати стоматологічні послуги (лікування та протезування зубів). Додаткове фінансування допомагає придбанням медикаментів та медичного обладнання. На сьогоднішній день членами лікарняної каси є 19 206 пацієнтів, з них 12 030 — працюючі, 6454 — пенсіонери, 728 — медичні працівники, 2722 — інші категорії громадян.

Створені у м. 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 їх пацієнтів. На противагу цьому, страхова медицина забезпечує громадянам (застрахованим особам) при виникненні страхового випадку оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансувати профілактичні заходи.

Реально оцінюючи ситуацію, зазначимо, що запровадження страхової медицини може спіткати багато перешкод, а саме: 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 в 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.

Ефективне функціонування страхової медицини в Україні не можливе 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; структурування населення на групи, лікування яких фінансуватиметься з різних джерел створення фондів медичного страхування.

3. Посилення зацікавленості роботодавців у турботі про 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 затрати 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.

УДК 368

Є. О. Величко,

аспірант кафедри страхування,
ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ЗА ДОГОВОРАМИ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ РИЗИКОВОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Тенденції розвитку перестраховання безумовно прямо залежать від динаміки розвитку прямого страхування, по відношенню до якого перестраховання залишається своєрідним напрямком слідування тенденції розвитку.