

Секція: Фінанси, гроші і кредит

РУБЦОВА Н.М.

к.е.н., доцент кафедри фінансів і кредиту

ПАРШАКОВА Ю.В.

Таврійський державний агротехнологічний університет

м. Мелітополь, Україна

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

Людина та її життя є головною цінністю будь-якої країни. Тому кожна держава прагне створити найкращі умови проживання для своїх громадян. Рівень системи охорони здоров'я та надання якісних медичних послуг відіграє важливу роль у політиці держави і ілюструє ступінь зрілості і розвиненості країни.

В умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я, відсутності законодавчої бази ОМС, недоступності сучасної лабораторної, технологічної, клінічної бази у зв'язку з хронічним недофінансуванням в системі охорони здоров'я, відсутність мотивації у медичних працівників призвели до загострення проблем, пов'язаних з отриманням кваліфікованої медичної допомоги.

Наша держава стоїть на порозі кардинальної переорієнтації вектора свого розвитку. Євроінтеграція і вступ до ЄС вимагають ряд життєво важливих змін, у тому числі в сфері охорони здоров'я. В Україні анонсовано проведення глобальної медичної реформи.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу. Розглянемо

основні засади поєднання бюджетних та страхових коштів для надання населенню високоякісних послуг у галузі охорони здоров'я на прикладі тих країн, які вже мають у цій сфері належні успіхи[1].

Таблиця 1

Системи медичного страхування різних країн

Країна	Основні характеристики
Німеччина	<ul style="list-style-type: none"> • децентралізація, зміст якої полягає в тому, що в країні існує понад 1000 страхових кас: професійні, територіальні та ерзац-каси; • обов'язковий характер медичного страхування; • головне завдання уряду - створення умов для медичної допомоги та контроль за їх виконанням; • розподіл відповідальності між урядом і страховими касами щодо реалізації активної політики обмеження зростання цін на медичні послуги. Страхові каси запроваджують жорсткі системи взаєморозрахунків з медичними закладами, вводять системи доплат застрахованим за ліки і т. ін.
Велика Британія	<ul style="list-style-type: none"> • високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни; • превалювання бюджетної системи фінансування. Менше 10 % бюджету системи охорони здоров'я формується за рахунок роботодавців і понад 90 % - за рахунок податкових надходжень до бюджету; • обов'язкове страхування здоров'я всіх працюючих. Дружини, що не працюють, можуть скористатися добровільними програмами медичного страхування; • сплата пацієнтами 10 % вартості лікування; • охоплення приватним страхуванням тих категорій осіб, які не підлягають обов'язковому страхуванню, та поширення приватного добровільного страхування на ті послуги, які не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.
США	<ul style="list-style-type: none"> • акумуляцією коштів у централізованому страховому фонді; • розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20 % населення • добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 80 % населення; • добровільним страхуванням не за місцем роботи охоплюється близько 2 % населення; • 15 % населення не мають доступу до медичного страхування.
Канада	<ul style="list-style-type: none"> • обов'язковість медичного страхування; • понад 90 % всіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я; • добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

Вивчивши зарубіжний досвід функціонування систем медичного страхування та враховуючи українські реалії, нам поряд з приватними страховиками необхідна присутність державної страхової компанії, або державний страховий фонд. І тільки існування в державі бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я буде забезпечувати рівномірний розподіл груп страхування на ринку. Тому що, страхуючи незахищені верства населення (пенсіонерів, пацієнтів з численними захворюваннями, інваліди) страхові організації завжди будуть збитковими і потребуватимуть дотацій.

Існування в державі загальнообов'язкового державного медичного страхування буде дисциплінувати не тільки страховиків, але і застрахованих осіб. Наприклад, існує перелік так званих поведінкових захворювань, які пацієнти в основному «наживають» самостійно. Чому хтось «солідарно» повинен оплачувати лікування наслідків чиєїсь асоціальної поведінки? Нехай такі пацієнти думають, де взяти кошти, шукають спонсорів на лікування. Страхування в певній мірі змусить людей думати про своє здоров'я і вибирати те, що обійдеться дешевше - профілактику або лікування, втручання на ранній стадії хвороби або на запущеній т.п. А держава повинна допомогти людині в його прагненні зберегти своє здоров'я. Однак, на наш погляд, кращий спосіб такої боротьби – коли держава забезпечить страхування основних захворювань вразливих верств населення. А приватні компанії надаватимуть послуги за встановленими тарифами, по протоколах і стандартам лікування тощо[2].

В даний час в Україні медичне страхування є основним стрижнем реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Для кардинального подолання кризових явищ у сфері охорони здоров'я необхідний обов'язковий перехід на шлях страхової медицини. До основних її переваг відноситься достатня мобільність, цільовий характер охорони здоров'я та децентралізований характер управління та фінансування.

В даний час інтенсифікації розвитку медичного страхування в Україні перешкоджають:

1. низький рівень страхової свідомості населення;
2. ідеологічні особливості побудови системи охорони здоров'я – роками склалася установка на всеосяжне безкоштовне медичне обслуговування;
3. відсутність політичних та фінансових стимулів у населення та роботодавців для укладення договорів добровільного медичного страхування, обмеження по включенню внесків на ДМС в собівартість продукції підприємств і організацій.

Це можна реалізувати через закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». У першу чергу необхідно закласти в основу страхової системи принцип участі громадян, підприємств і підприємців у фінансуванні охорони здоров'я. Це сприяє тому, що кожна людина безпосередньо зможе зіставляти необхідні витрати на охорону здоров'я зі станом власного здоров'я.

Крім того, на законодавчому рівні необхідно підвищити соціальні гарантії захищеності громадян у наданні їм медичної допомоги, усилити контроль за коштами, виділені з бюджету на охорону здоров'я, визначити їх строго цільове призначення і більш продуктивне використання, гарантувати захист прав в отриманні медичної допомоги. Також, важливо прививати культуру страхування з дитинства, проводити рекламну компанію.

Облік цих та інших положень дозволить покращити якість надання медичної допомоги громадянам та сприятиме подальшому розвитку медичного страхування в Україні.

Література:

1. Системы здравоохранения и медицинского страхования за рубежом [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://med-insurance.com.ua/>
2. Медицинское страхование в Украине [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.vz.kiev.ua/>