

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

У статті висвітлюється роль страхових компаній на фінансовому ринку як перспективного та могутнього інвестора грошових коштів в економіку України. Продаючи страхові послуги, зокрема, поліси медичного страхування населенню, страхові компанії акумулюють значні фінансові ресурси у вигляді страхових резервів, що можуть бути використані для покращення медичного обслуговування населення України.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне страхування.

З проголошенням незалежності Україна стала на шлях побудови економіки ринкового типу. Проведення ринкових реформ потребує значних фінансових ресурсів. Разом з цим існує проблема пошуку джерел їх формування. Саме тому багато уваги зараз приділяється дослідженню досвіду вирішення цієї проблеми за кордоном і залучення його до використання в умовах України.

Насамперед, реформування потребує соціальна сфера і, зокрема, система охорони здоров'я. Вже очевидно, що лише бюджетних коштів недостатньо для нормального забезпечення потреб медицини. Потрібно шукати альтернативні джерела фінансування охорони здоров'я і забезпечення рівня медичної допомоги відповідно до сучасних потреб. Зробивши нескладні математичні розрахунки, виявляється, що на охорону здоров'я одного жителя України в рік витрачається з бюджету всього близько 29 грн. 24 коп. За розрахунками, розмір відсотків на фінансування системи охорони здоров'я на 2002 р. становить 1415686,04 грн. [1], а кількість населення за попередніми даними Всеукраїнського перепису населення станом на 5 грудня 2001 р. становить 48 млн. 416 тис. осіб [3]. Як бачимо, той рівень медичної та медикаментозної допомоги, який існує в Україні, не забезпечує можливості мати здорову націю. Рівень захворюваності в 2001 р. порівняно з 1991 р. зріс на 27,8 %, основною причиною чого є зниження рівня фінансування системи охорони здоров'я, відсутність проведення профілактичних заходів, недоступність більшій частині населення до якісної медичної допомоги через неможливість її оплати [4].

Таким чином, впровадження страхової медицини є першочерговим завданням на рівні держави, а не лише на місцевому (виникнення регіональних програм медичного страхування через організацію лікарняних кас).

Здоров'я – найбільша соціальна цінність і становить основу економічного та культурного розвитку як окремого індивіда, так і суспільства в цілому. Через це розв'язання проблем, пов'язаних із його збереженням і зміцненням, вимагає постійної уваги з боку держави, а розвиток системи охорони здоров'я має бути пріоритетним напрямком соціальної політики.

Не потребує доказів той факт, що існує нагальна потреба кардинальної реформи охорони здоров'я і тому в останні роки на порядок денний поставлено завдання розробки та впровадження в Україні ефективної системи медичного страхування.

На сьогодні медичне страхування в нашій країні є складовою обов'язкового соціального страхування – воно здійснюється за рахунок коштів підприємств та установ. При настанні несприятливої події – втраті здоров'я – застраховані особи мають право на грошову допомогу за місцем роботи в розмірі до повного заробітку залежно від свого трудового стажу на весь період непрацездатності протягом чотирьох місяців. Якщо непрацездатність застрахованих триває більше чотирьох місяців, то вони переводяться на пенсію по інвалідності. Така система медичного страхування у складі соціального діє в умовах безкоштовної охорони здоров'я – надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у лікарнях та поліклініках.

До переваг діючої системи охорони здоров'я можна віднести:

- наявність широкої мережі амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних, профілактичних і аптечних закладів;
- заклади охорони здоров'я забезпечені достатньою кількістю лікарів різних спеціальностей та медичними працівниками середньої кваліфікації;
- існує можливість надати майже всі види медичної допомоги без безпосередньої сплати пацієнтом вартості послуг.

Складається враження, що усі ці риси визначають доступність медичної допомоги для всіх груп населення. Проте реальний стан речей дещо інший і більш глибокий аналіз дозволяє виявити слабкі сторони цієї системи, а саме:

- наявність залишкового методу фінансування системи охорони здоров'я як наслідок слабкої матеріально-технічної бази медичних закладів;
- відносна незацікавленість медичного персоналу у кінцевих результатах своєї праці через відсутність дієвих засобів її стимулювання та справедливої оплати;
- відсутність у пацієнта вільного вибору лікаря та медичного закладу;

- нерозвинутість першої медичної допомоги;
- безпідставне розширення стаціонарного лікування.

Названі слабкі сторони – це не остаточний перелік недоліків існуючої системи охорони здоров'я, які викликають незадоволення як пацієнтів, так і медичних працівників, але їх наявність диктує необхідність реформування цієї системи, це по-перше.

По-друге, кардинальні зміни, які відбуваються в соціально-економічній системі нашої країни при трансформації економіки до ринкових відносин – здійснення приватизації, розвиток нових форм власності та господарювання – вимагають широкого залучення до вирішення проблем охорони здоров'я і, в першу чергу її фінансування, підприємств різних форм власності та населення. Аналізуючи обсяг грошової маси, який на 01.01.2002 р. становив 19,5 млрд. грн., доходимо висновку про його збільшення порівняно з 2001 р. на 52,1 %. Питома вага готівки в загальному обсязі грошової маси становила на початок цього року 42,7 %. Це показує реальну можливість залучення коштів на фінансування системи охорони здоров'я [2]. Умови для цього можуть бути створені саме через впровадження системи медичного страхування.

Медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів населення у випадку втрати здоров'я з будь-якої причини. Медичне страхування пов'язане з компенсацією видатків громадян, що обумовлені отриманням медичної допомоги, а також інших видатків, які пов'язані з підтриманням здоров'я. При цьому об'єктом страхування виступають видатки застрахованої особи, що пов'язані з:

- відвідуванням лікарів – фахівців, прийняттям необхідних процедур та іншого лікування в амбулаторних умовах;
- придбанням медикаментів;
- перебуванням у стаціонарній медичній установі;
- отриманням стоматологічної допомоги та зубним протезуванням;
- проведенням профілактичних заходів.

Медичне страхування може проводитися як в обов'язковій, так і в добровільній формі.

Обов'язкове медичне страхування є частиною системи соціального страхування, його основною формою в країнах із розвинутою економікою. Воно здійснюється відповідно до умов і порядку, які передбачені законодавчим актом країни, згідно з правилами і базовою програмою обов'язкового медичного страхування, затвердженими урядом країни.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування слід розглядати як складову частину загальнообов'язкового державного соціального страхування, як це передбачено основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, Концепцією реформування охорони здоров'я, схваленою Кабінетом

Міністрів України. Існує проект Закону України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування”, який передбачає запровадження цільового внеску на медичне страхування, безоплатність медичної допомоги на момент її надання, перетворення закладів охорони здоров'я в самостійно господарюючі суб'єкти.

Основними ознаками обов'язкового медичного страхування є:

- сплата страхувальниками страхових внесків у встановлених розмірах та у визначені строки;
- стандартний, однаковий для всіх застрахованих рівень страхового забезпечення.

Запровадження загальнообов'язкового медичного страхування передбачає залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування системи охорони здоров'я та її одночасну внутрішню перебудову. При цьому передбачається наявність більш ефективного контролю за діяльністю медичних закладів, якістю та ефективністю медичної допомоги. До того ж, це повинно ґрунтуватися не на адміністративних, а на економічних засадах.

Впровадження загальнообов'язкового медичного страхування дозволить відмовитися від залишкового принципу фінансування системи охорони здоров'я, а також створити фонд цільового призначення, який гарантуватиме базовий обсяг і рівень медичної допомоги.

Поки обов'язкове медичне страхування існує на рівні проектів, добровільне медичне страхування активно розвивається. Вже 150 страхових компаній отримали ліцензії на цей вид страхування, хоча широко його проводять близько 50 страховиків [5].

При проведенні добровільного медичного страхування (ДМС) в правилах ДМС визначається перелік страхових випадків і відповідних медичних послуг, що надаються застрахованим громадянам.

Суб'єктами відносин ДМС є страхові компанії, котрі укладають договори медичного страхування зі страхувальниками – підприємствами, організаціями, громадянами про надання медичних послуг з лікувально-профілактичними установами.

В договорі медичного страхування обов'язково вказуються:

- медичні програми страхування, обрані страхувальником;
- перелік медичних закладів, до яких має звертатися застрахована особа;
- індивідуальні страхові тарифи, визначені за результатами обстеження (до укладення договору) або іншим чином за умовами договору;
- розрахунок страхових платежів для кожної застрахованої особи.

Страхові компанії України пропонують на вибір комплекс стандартних програм страхування чи окремі програми страхування. За кордоном повноцінна страхова програма договору медичного страхування найчастіше містить допомогу приблизно з 1000 захворювань, 1500-2000 окремих медичних послуг, об'єднаних у різні набори.

Страхові компанії укладають договори з медичними лікувально-профілактичними установами, але лише з тими закладами, які пройшли державну реєстрацію та акредитацію. Ці договори містять:

- порядок надання закладом медичних послуг застрахованим особам;
- положення про експертизу;
- умови та розміри знижок з тарифів на медичну допомогу та ін.

Певні труднощі виникають в тій ситуації, коли застрахований звертається до лікувальної установи не зазначеної в договорі страхування, що дає можливість страховій компанії відмовити у страховій виплаті. Усунення цього недоліку бачиться у детериторіальності дії договору медичного страхування шляхом створення мережі установ типу "Ассистанс".

Створення державної мережі установ типу "Ассистанс" дасть змогу більш оперативно надавати медичну допомогу застрахованим особам та уникнути проблем і незручностей при звертанні до медичної установи, яка не вказана в договорі медичного страхування.

Наступним моментом укладання договорів медичного страхування є визначення розмірів страхових тарифів. Їх визначають як у відсотках (переважно вони складають від 10 до 30 % на рік від сплати страхової суми), так і в абсолютних сумах.

Розмір і структура нетто-ставки визначається страховиком актуарно для окремих страхових продуктів медичного страхування відповідно до діючої типової методики розрахунків тарифів з медичного страхування, а розмір навантаження страхової компанії розраховують самостійно.

Розмір страхових платежів для кожної застрахованої особи визначається самостійно, виходячи із страхової суми, що визначається за згодою сторін.

Позитивним моментом медичного страхування є поява третьої сторони у відносинах між пацієнтом і медичним закладом – страхової компанії. Вона повинна захищати права застрахованих осіб, а також здійснювати допомогу у виборі лікаря, альтернативних методів лікування та медичних закладів. Відстоюючи інтереси страхувальників і застрахованих, страховик може виплатити матеріальні збитки, завдані здоров'ю застрахованого з вини медичних працівників або медичної установи, а також висунути регресний позов.

Невирішених проблем на шляху розвитку медичного страхування багато. Це відсутність нормативно-правової бази, недостатність фінансування реформування системи охорони здоров'я, відсутність типових методик визначення розміру страхових тарифів, невизначеність стандартів надання медичної допомоги та стандартної методики розрахунку вартості медичних послуг.

Багато завдань ставиться перед урядом, Міністерством охорони здоров'я, страховими компаніями, медичними установами, бо мета у них спільна – здоров'я нації як найвища соціальна

цінність, отже охорона здоров'я повинна стати одним із пріоритетних завдань у державі.

В загальному проблема медичного страхування в державі може бути вирішена, але потрібні сучасні форми медичного та фармацевтичного обслуговування і це змінить страхову культуру населення, зокрема ставлення до медичного страхування.

Список літератури

1. Закон України “Про державний бюджет України на 2002 рік” // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 12-13.
1. Бюлетень НБУ. – 2002, № 1. – С. 14.
2. Про попередні підсумки Всеукраїнського перепису населення 2001 року // Урядовий кур’єр. – 2002. – № 97. – С. 5.
3. Титенко Л.В. Стандарти надання медичної допомоги – одна із складових медичного страхування” // Здоров’я України. – 2002. – № 3.
4. Ухведиани В. Страховой рынок в 2001 году // Фондовый рынок. – 2002. – № 18. – С. 16.

Summary

The subject of this article is the role of insurance companies as the long term and powerful cash investor into Ukrainian economy on the financial market. While selling insurance services, especially medical insurance policy for population, insurance companies accumulate considerable financial resources consisting of insurance reserves, which can be used for improving the level of medical service of population.

Нагайчук Н. Г. Особливості організації медичного страхування населення / Н. Г. Нагайчук // Вісник Української академії банківської справи. - 2002. - № 2. - С. 93–96.