

АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ВПРОВАДЖЕННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Н.Г. Нагайчук,

Черкаська філія Української академії банківської справи

Для успішної реалізації послуг з добровільного медичного страхування (ДМС) потрібна наявність наступних умов: споживачів страхових послуг (страхувальників), продавців страхових послуг (страховиків) та медичних установ – надавачів медичних послуг. Метою дослідження є визначення реальної потреби у страхових медичних послугах населення Черкаської області, можливостей їх надання з боку існуючих страхових компаній, якісні показники страхових продуктів з ДМС і прийнятна для страхувальника вартість та можливості надання медичних послуг, передбачених програмами медичного страхування, лікувально-профілактичними закладами Черкащини.

Згідно з програмою економічного і соціального розвитку Черкаської області на 2004 р. чисельність наявного населення області у 2003 р. становила 1378,6 тис. осіб, з них 745,5 тис. осіб проживає в міській місцевості, а 633,1 тис. осіб – в сільських поселеннях, середня тривалість життя складає 67,25 років. За 2003 р. населення області скоротилося на 11 тис. осіб. Основною причиною зменшення кількості населення залишається природне скорочення за рахунок збільшення кількості померлих, в тому числі і від хвороб.

В медичному страхуванні, як в жодному іншому, проявляється превентивна функція страхування – профілактика захворювань населення. За рахунок коштів фонду попереджувальних заходів проводяться попередні медичні огляди з визначенням ступеня дезінтеграції фізіологічних функцій для прогнозування зриву адаптації і, відповідно, вірогідності захворювання. Основним завданням медичного страхування на сучасному етапі має бути не компенсація витрат на лікування, а стимулювання клієнтів зберігати та покращувати своє здоров'я.

Вкладання коштів у власне здоров'я за кордоном вважається вигідним розміщенням капіталу [4, с. 3]. Здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах стало незаперечною цінністю, від якої багато чого залежить в житті: матеріальне благополуччя, кар'єра, сімейне життя. Медичне страхування, в принципі, здатне на рівних конкурувати з іншими напрямками вкладень тимчасово вільних коштів. Однак зрозумілим є також той факт, що рушієм попиту на послуги з ДМС є не тільки об'єктивна потреба, але і платоспроможність населення. Цікавою є залежність між доходом (рівнем життя) та платоспроможним попитом на послуги з ДМС. Світовий досвід свідчить, що людина згодна придбати поліс медичного страхування, якщо його вартість не перевищує 5 % від його річного доходу [4, с. 6]. За даними звіту про соціально-економічне становище Черкаської області за 2003 рік середньомісячна заробітна плата працівників, зайнятих у галузях економіки,

становила 367,27 грн., в тому числі в промисловості – 456,0 грн., в сільському господарстві – 205,0 грн. [13, с. 7]. Таким чином, відповідно до експертних оцінок, вартість полісу з медичного страхування має бути на рівні дев'ятнадцяти гривень в місяць.

Аналізуючи рівень захворюваності в області, робимо невтішний висновок, що кожен житель області, в середньому, має захворювання по двох нозологіях [8, с. 143].

Як показують статистичні дані, порівняно із загальноукраїнським рівнем захворюваності, дані цього показника для нашої області на порядок вищі. З кожним наступним роком спостерігається тенденція до зростання кількості захворювань. Так, кожне друге звертання в лікарняні установи стосується хвороб органів дихання та хвороб системи кровообігу, кожне п'яте – з приводу хвороб органів травлення та хвороб кістково-м'язової системи [8, с. 144].

Видатки бюджету на охорону здоров'я у 2003 р. становили 68574,4 тис. грн. всього, в тому числі видатки загального фонду – 63574,7 тис. грн., видатки спеціального фонду – 4999,7 тис. грн., в загальній структурі витрат оплата праці становила 63,0 %, оплата комунальних послуг – 11,4 %, питома вага витрат на медикаменти – 6,4 % [1, с. 4].

В рамках цього дослідження ми намагаємося висвітлити чинники, які здійснюють вплив на попит на медичну допомогу, з'ясувати вплив на звертання до лікувальних закладів реальних витрат населення на охорону здоров'я. Для вирішення цього завдання ми скористалися даними анонімного соціологічного опитування, яке було проведене співробітниками кафедри соціальної медицини Дніпропетровської державної медичної академії. Вирішення поставлених завдань супроводжувалося певними труднощами, оскільки на відміну від розвинутих країн світу, де витрати населення на медичні послуги та лікарські засоби представлені у формальному секторі охорони здоров'я і фігурують у системі національної статистики, то в нашій країні така система обліку відсутня. Тому вивчення цих питань базувалося на даних соціологічних досліджень [2, с. 90].

Перша частина питання – визначення реальних витрат населення на придбання лікарських засобів та отримання медичної допомоги (включаючи і різні неофіційні платежі).

Анонімне дослідження респондентів показало, що населення має низьку платоспроможність. Так, 63,75 % сімей визначили свій місячний сукупний дохід нижчий за середній рівень. Майже кожен п'ятий (21,25 %) вважає, що дохід його сім'ї дуже низький, а 42,5 % оцінюють його як низький. Більше третини опитаних (33,75 %) визначили свої доходи як середні, і тільки 2,5 % зазначили, що мають доходи вище від середнього рівня [2, с. 91].

Опитані (58,75 %) зазначили, що мали у попередньому місяці витрати на придбання лікарських засобів та отримання медичної допомоги. 32,6 % цих родин повідомили, що витрачені кошти склали половину і більше їхнього місячного доходу, а у 4,3 % домогосподарств навіть перевищили його [2, с. 91].

На питання, якою для їх місячного бюджету була сума коштів, витрачена у закладах охорони здоров'я, то більше половини (53,2 %) оцінили її як непосильну, 12,8 % – як посильну і тільки 19 % – як прийнятну. Середньомісячні кошти, які громадяни сплачують як у державних, так і приватних лікувальних закладах, та які забезпечують тіньові прибутки у медицині, становлять 18,7 грн. на одну особу (з урахуванням осіб, які не мали витрат у минулому місяці). Із цієї суми 13,4 грн. витрачається на придбання лікарських засобів, а 5,3 грн. – на медичну допомогу. Основною частиною витрат населення у сфері охорони здоров'я припадає на лікарські засоби – понад 71 % у структурі загальних витрат [2, с. 91].

Майже половина сімей (42,5 %) зазначила, що, крім інших видів витрат, їм найчастіше не вистачає грошей на отримання медичної допомоги, а 37,5 % – придбання лікарських засобів [2, с. 91].

Отримані дані переконливо свідчать, що пересічні громадяни не в змозі самостійно компенсувати витрати пов'язані з оплатою медичних послуг і вважають, що необхідна участь у відшкодуванні витрат на охорону здоров'я держави, громадськості та населення.

Таким чином, стає зрозумілим, що необхідність реформування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я не викликає сумнівів. Згідно з результатами соціологічного опитування надавачів і споживачів медичних послуг, вихід убачається у впровадженні бюджетно-страхової медицини (обов'язкового медичного страхування) та більш широкого застосування добровільного медичного страхування [2, с. 91; 3, с. 80].

На сьогодні українські страховики відповідно до Закону “Про страхування” пропонують два види страхування, пов'язані з медициною та здоров'ям, обидва у формі добровільного – медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) і страхування здоров'я на випадок хвороби.

Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) – вид страхування, за якого застрахованій особі надаються медичні послуги із наступною оплатою страховою компанією (по рахунках, наданих лікувальними закладами і в межах страхової суми).

Страхування здоров'я на випадок хвороби – вид страхування, за якого лікування кожної хвороби, прийнятої на страхування, оцінено в грошовому виразі. При настанні страхового випадку застрахована особа отримує суму відшкодування через касу страхової компанії (страхова виплата).

Більшість компаній, котрі займаються медичним страхуванням, пропонують своїм клієнтам два види послуг в рамках розроблених програм.

Близько сотні страхових компаній отримали ліцензії на добровільне медичне страхування, хоча широко впроваджують лише деякі із них. Найбільш відомі страхові програми компаній “Укрінмедстрах”, “Надра”, “Остра-Київ”, “АСКА”, “Алькона”, “Пан Укрейн”, “UTICO”, “Скайд”, “ТМС-Україна”, “Енергополіс”. В Черкаському регіоні представлена філія лише однієї з них – СК “UTICO”.

Послуги, котрі пропонують страхові компанії в рамках добровільного медичного страхування, можна розділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, в тому числі аптечне обслуговування; стаціонарне обслуговування; послуги невідкладної медичної допомоги; стоматологія.

Кожна із програм зазвичай має кілька модифікацій, котрі різняться переліком послуг, які вони передбачають, відповідно до цього встановлюється страхова сума. Це дає змогу людям із різними рівнями доходів придбати ту програму, яка відповідає їх можливостям.

В середньому страхові суми за програмою “Амбулаторно-поліклінічна допомога” коливаються в межах від 16 до 40 тис. грн., страхові тарифи 4-5 % від страхової суми. Страховий платіж – в межах 640-2000 грн.

За програмою “Стаціонарна допомога” розмір страхової суми перевищує 50 тис. грн., а страхові тарифи перебувають на рівні 2-2,5 %. Страховий платіж – 1000-1250 грн.

За програмою “Стоматологічна допомога” страхові суми становлять від 1000 до 5000 грн., а страхові ставки – в межах 30-40 % страхової суми. Страховий платіж становить 300-2000 грн.

За програмою “Сімейний лікар” страхова сума в середньому становить 27 тис. грн., страховий тариф – 6 %. Розмір страхового платежу – 1620 грн.

При виборі комплексної програми медичного страхування страхова сума складає 50-100 тис. грн., страховий тариф – 6 %. Розмір страхового платежу коливається від 3000 до 6000 грн.

Іншим видом добровільного медичного страхування є страхування здоров'я на випадок хвороби. Головною особливістю цього виду страхування є орієнтація на менш забезпечених в соціальному плані громадян. Застрахованій особі при настанні страхового випадку виплачується грошова компенсація, що покриває повною мірою витрати на лікування та придбання медикаментів.

Страхування за цим видом проводиться на випадок захворювання застрахованих осіб хворобами, які визначені страховою компанією. Зазвичай, вони представлені наступними класами захворювань: хвороби серцево-судинної системи, хвороби нервової системи, інфекційні хвороби, хвороби органів дихання, хвороби вуха, горла, носа, хвороби системи травлення, хвороби сечовивідної системи. Як правило, страхова сума встановлюється в розмірі не меншому 1000 грн., при цьому страховий тариф становить 10 % страхової суми, договори укладаються терміном на один рік.

Останнім об'єктом даного дослідження є інфраструктура лікувально-профілактичних закладів, які мають забезпечити надання медичних послуг, передбачених програмами добровільного медичного страхування.

Медична допомога населенню Черкаської області надається широкою мережею лікувально-профілактичних установ різного типу із загальним ліжковим фондом 11900 ліжок [8, с. 4]. Переважна більшість лікарняних ліжок зосереджені на базі міських та центральних районних лікарень.

Починаючи з 1991 р., через недостатнє фінансування і з метою забезпечення більш ефективного використання наявної мережі лікувальних установ, була проведена її реорганізація за рахунок скорочення малопотужних та нерентабельних лікарняних закладів, відбулося скорочення ліжкового фонду в абсолютному вираженні на 8019 ліжок (1990 по 2001 р.) [8, с. 5]. Показник забезпеченості ліжками на 10 тис. населення на сьогодні становить 85,1 ліжка. За часів Радянського Союзу дані по цьому показнику сягали 130 ліжок на 10 тис. населення (в нашій області кількісне вираження цього показника сягало 135,4), хоча оптимальним рівнем є 80 ліжок на 10 тисяч населення [11, с. 281].

В період з 1990 по 2002 р. відбулося значне зменшення потужності лікарень: обласних – на 21 %, міських – на 29 %, дільничних – на 73 %, центральних районних – на 41 % [8, с. 7].

Кількість медичних закладів сільських адміністративних районів змінилася порівняно з 1990 р. наступним чином: кількість центральних районних лікарень залишилась незмінною – 20, кількість селищних лікарень скоротилася на 2 лікарні і становить 8 одиниць, зменшення відбулося і в кількості дільничних лікарень – з 82 в 1990 р. до 57 в 2001 р., при цьому відбулося зростання кількості лікарських амбулаторій з 52 (1990 р.) до 85 (2001 р.) [8, с. 14].

Аналізуючи стан госпіталізації населення Черкаської області з 1999 по 2002 р. спостерігаємо збільшення загального обсягу стаціонарної медичної допомоги з 325240 до 328090 випадків [8, с. 36]. В розрізі госпіталізацій маємо наступну картину: збільшилося число госпіталізацій до обласної лікарні – 9,2 % до загального числа госпіталізованих, дані цього показника по Україні становлять 5,9 %. Це може свідчити про незадовільний рівень лікування в інших лікувальних закладах або про неможливість здійснення певних видів лікування за місцем проживання хворого. Питома вага госпіталізацій до міських лікарень становить 20,4 % в порівнянні із загальноукраїнським показником – 30,1 %, що може свідчити про неповне використання потужностей цих установ або ж про неможливість здійснення лікування певних захворювань та хвороб. Знизилася кількість госпіталізацій до центральних районних лікарень як в абсолютному з 134293 до 133203 випадків, так і у відносному значенні – з 41,3 до 40,6 % за період з 1999 по 2002 р. [8, с. 40].

Майже 23 % всього населення Черкаської області госпіталізується у різного профілю стаціонари, що свідчить про нераціональні технології надання медичної допомоги, недостатньо відповідальний підбір хворих на госпіталізацію, низький рівень превентивних заходів щодо виявлення та попередження хвороби.

Аналіз розподілу ліжкового фонду між лікарняними закладами області свідчить, що 33 % усіх ліжок функціонують на базі центральних районних лікарень, 31 % – на базі обласних установ, 17 % – міських лікарень і 6 % на базі дільничних лікарень [8, с. 45].

Наведені дані свідчать про існування резервів раціоналізації використання високовартісного ліжкового фонду лікарень, удосконалення діяльності стаціонарів та амбулаторно-поліклінічної служби, скорочення ресурсних витрат.

Висновки. У ході дослідження були виявлені об'єктивні передумови та економічні можливості впровадження добровільного медичного страхування в Черкаській області, а саме:

- низький рівень доходів жителів області та неспроможність самостійно нести витрати на медичне обслуговування;
- високий, порівняно із загальноукраїнським, рівень захворюваності;
- висока питома вага витрат на лікування у бюджетах домогосподарств;
- недостатнє бюджетне фінансування потреб охорони здоров'я;
- низька присутність на страховому ринку Черкащини страхових компаній, які реалізують послуги з ДМС;
- висока вартість та низькі якісні характеристики послуг з ДМС;
- наявність достатньо широкої мережі лікувальних закладів з різним ступенем спеціалізації;
- нераціональне використання наявної мережі лікувально-профілактичних закладів.

Зміна соціально-економічних умов, не завжди цивілізований та послідовний перехід до ринкових відносин і ринкової економіки спричинили кризові явища у державі та економіці. Все це негативно позначилося на демографічній ситуації, стані здоров'я населення, рівні його доходів та можливості оплати медичних послуг, а також на рівні та якості медичної допомоги, що вимагає докорінної зміни у відносинах в системі охорони здоров'я та переходу до нових організаційних моделей діяльності. Враховуючи позитивні тенденції в економіці області, одним із можливих варіантів щодо покращення ситуації є створення сприятливих умов для переходу до страхової медицини та якнайшвидше впровадження добровільного медичного страхування.

Список літератури

1. Дані про стан фінансування та використання бюджету установами охорони здоров'я Черкаської області за 2002 рік // Обласний центр медичної статистики. – Черкаси, 2002 рік.
2. Крячкова Л.В., Бечке Г.Н., Бойко О.О. Обстеження бюджетів домогосподарств як механізм аналізу попиту на медичні послуги // Вісник соціальної гігієни. – 2000. – № 1. – С. 90-92.
3. Крячкова Л.В. Використання соціологічних опитувань медичних працівників для обґрунтування напрямів подальшого реформування охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни. – 2000. – № 1. – С. 80-83.
4. Макарова Н. Психологический аспект страхования здоровья // Страхование ревью. – 2001. – № 3. – С. 3-6.
5. Обласний бюджет на 2001 рік // Офіційні сторінки “Нової доби”. – 2001. – № 19-1. – 30 січня.
6. Обласний бюджет на 2002 рік // Офіційні сторінки “Нової доби”. – 2002. – № 10. – 31 січня.

7. Обласний бюджет на 2003 рік // Офіційні сторінки “Нової доби”. – 2003. – № 15. – 18 лютого.
8. Показники здоров'я населення та діяльності установ охорони здоров'я за 2000-2001-2002 роки. Статистичні матеріали // Обласний центр медичної статистики. – Черкаси, 2003 рік.
9. Пономаренко В.М. Стан стаціонарної допомоги населенню України // Вісник соціальної гігієни. – 2000. – № 1. – С. 44-48.
10. Програма економічного і соціального розвитку Черкаської області на 2004 рік // Офіційні сторінки “Нової доби”. – 2004. – № 9. – 27 січня.
11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під ред. Ю.В. Вороненка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 677 с.
12. Соціально-економічне становище Черкаської області за січень-вересень 2003 року // Офіційні сторінки “Нової доби”. – 2003. – № 91. – 11 листопада.
13. Чехонин М. Уровень жизни и платежеспособный спрос // Страховое ревю. – 2001. – № 9. – С. 21-26.

Нагайчук Н.Г. Аналіз передумов та можливостей впровадження добровільного медичного страхування в Черкаській області / Н.Г. Нагайчук // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України: зб. наук. праць. – Суми: УАБС НБУ, 2004. – Т. 11. - С. 263-270.