

ПРОБЛЕМИ ТА ЕФЕКТИВНІ ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Стаття розкриває основні тенденції та проблеми функціонування та фінансування галузі охорони здоров'я, можливі шляхи їх вирішення, наведено приклади практичного впровадження програм медичного страхування, аналізується роль добровільного медичного страхування при реформуванні галузі охорони здоров'я.

The article discloses the main trends and problems of health protection field such as: functioning and financing and possible ways of problems solving. The article provides with the number of examples of practical adoption health insurance programs and analyzed the role of voluntary health insurance in the time of health protection field reform.

Однією з актуальних проблем в Україні є стан галузі охорони здоров'я. В статистичних даних вже не раз значалося, що тривалість життя в Україні на 10-12 років нижче, ніж в країнах Європи; смертність серед хворих сухотами в 30 разів вища, ніж в країнах Євросоюзу; Україна лідирує серед країн СНД із захворювання сухотами, серцево-судинними захворюваннями, травматизму; рівень смертності серед чоловіків працездатного віку в 3-4 рази вищий ніж у розвинутих зарубіжних країнах; 71 % людей в Україні страждають в тій чи іншій формі різноманітними захворюваннями; за час незалежності населення країни зменшилося більше, ніж на 5 мільйонів; Україна займає друге місце в світі з темпів зменшення населення. Наведена інформація свідчить про те, що стан галузі охорони здоров'я є незадовільним.

Причин виникнення цього явища багато, але основні – неефективна система використання наданих коштів та недофінансування. Діюча система медичного забезпечення в Україні знаходиться в глибокій організаційно-структурній та фінансовій кризі, що характеризується низькою часткою видатків на охорону здоров'я та немає аналогів в усьому світі – оплата послуг за методом розрахунку використаних ліжок-місць. В усьому світі оплата медичних послуг здійснюється виходячи із якості та кількості наданих послуг. Сьогодні на охорону здоров'я Україна витрачає близько 3,7 % ВВП. Для порівняння: в СРСР витрачалося 6,5 % ВВП, в США витрачається 11-14 % ВВП, в Німеччині – 10-11 % ВВП. Медичні послуги, що надаються в Україні не відповідають стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Стан галузі охорони здоров'я України характеризується недофінансуванням та неефективним розподілом наданих коштів. Наприклад, 70 % коштів із державного бюджету України витрачаються на оплату праці медичних працівників, а 11 % – на оплату комунальних послуг. Відповідно до інформації експертів Німецької консультативної групи більше 70 % від оплати всіх медичних послуг в Україні здійснюється за рахунок доходів громадян, тобто є тіншовим обігом і вказує на величезний рівень корупції медичного персоналу. Така ситуація склалася тому, що медичні працівники фінансово не мотивовані надавати якісні медичні послуги.

У 2009 році на охорону здоров'я планується направити 33,4 млрд. грн., в той час як згідно підрахунків спеціалістів мінімальна необхідність галузі у фінансуванні складає більше 56 млрд. грн., з них 80 % витрачається на спеціалізовану стаціонарну допомогу; 15 % – на амбулаторно-поліклінічну допомогу; 5 % – на первинну невідкладну допомогу. Враховуючи постійне зростання вартості медичних препаратів, можна спрогнозувати, що в 2009 році з врахуванням постійного зростання вартості медичних препаратів, ці цифри будуть значно вищі.

У результаті дослідження автором виявлено багато прикладів неефективного використання коштів державного бюджету, коли протягом кількох місяців не встановлюється закупівля дорого вартісного обладнання або

факти вкрай неефективного використання такого дорого вартісного обладнання як УЗД або МРТ.

Таким чином можна зробити висновок, що яку б Концепцію подальшого розвитку медичного страхування в Україні не прийняли, жодна з них не буде функціонувати без цілого ряду попередніх заходів. Система охорони здоров'я, яка функціонує сьогодні в Україні, неспроможна ефективно використовувати надані їй кошти, тому що в країні не побудовано дієвого механізму наповнення бюджету та розподілу коштів на фінансування охорони здоров'я. На сьогодні доля добровільного медичного страхування від загального об'єму бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України складає 1,9 %, в той час в європейських країнах вона складає від 5 % до 20 %.

Якщо порівняти рівень бюджетного фінансування медичної галузі в 2008 році порівняно з 2000 роком, то рівень фінансування галузі збільшився в 7,5 разів. Але при цьому, як зазначено в доповіді Міністра охорони здоров'я України на парламентських слуханнях, в країні досі не відбулося суттєвої якісної зміни медичного забезпечення населення, а захворюваність населення зросла на 34 %. Для порівняння візьмемо два міста – Манчестер (Великобританія) та Київ (Україна). В місті Манчестер кількість населення близько 4 млн. чол., що обслуговується п'ятнадцятьма нейрохірургами та п'ятнадцятьма їх учнями, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу, проводять близько 300 операцій на рік кожний. В Києві кількість населення близько 2,6 млн. чол., що обслуговується двомастами нейрохірургами, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу та проводять близько 30-40 операцій на рік кожний. Наведемо ще один приклад ефективності використання наданих на охорону здоров'я коштів: в Лондоні (Великобританія) побудовано лікарні із розрахунку на 8 ліжок-місць шкіро-венерологічних диспансерів; в Києві (Україна) кілька сотень ліжок-місць шкіро-венерологічних диспансерів; в Парижі (Франція) – 7 ліжок-місць шкіро-венерологічних диспансерів.

Система фінансування галузі охорони здоров'я, що функціонує в Україні сьогодні (так звана "система Семашко") гарантує тільки ціновий контроль. А якість послуг є незадовільною через недостатність фінансування. Саме тому механічна заміна бюджетного фінансування на будь-яку модель обов'язкового медичного страхування, де грошові потоки знаходяться під контролем державних службовців, не вплине на стан медичного забезпечення населення. Тому автором пропонується впровадити багатоканальне фінансування медицини; збільшити ефективність використання ресурсів та реструктуризувати систему фінансування за рахунок впровадження ринкової Концепції обов'язкового медичного страхування та розширення об'ємів використання населенням добровільного медичного страхування; перетворити заклади охорони здоров'я в самостійні підприємства із власним Статутом, власною системою фінансування, бюджетом, що затверджуватимуться уповноваженими органами.

"Ринкова" Концепція обов'язкового медичного страхування (далі Концепція), запропонована Лігою страхових організацій України, ґрунтується на принципах трирівневої системи фінансування. На першому рівні об'єм медичних послуг, що надаються, мінімальний та забезпечує життєво-необхідні потреби населення (на випадок надзвичайних ситуацій, невідкладної допомоги, реалізація спеціалізованих державних програм лікування туберкульозу, ВІЛ-СНІДу тощо). Перший рівень фінансується повністю за рахунок держави. На другому рівні пропонується запровадити систему обов'язкового медичного страхування у відповідності із загальноприйнятими стандартами. Другий рівень фінансується роботодавцями, соціальними фондами. Третій рівень засновується на

добровільному медичному страхуванні, фінансування відбувається за рахунок фізичних та юридичних осіб.

Також пропонується реструктуризувати умови надання медичної допомоги, запровадивши надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями в системі закладів охорони здоров'я. Забезпечення другого рівня медичної допомоги пропонується покласти на заклади охорони здоров'я на базі місцевих, районних, обласних лікарень та поліклінік. Забезпечення третього рівня пропонується покласти на спеціалізовані заклади охорони здоров'я.

Таким чином, суб'єкти системи охорони здоров'я, їх взаємодія та шляхи фінансування представлені на рисунку 1.

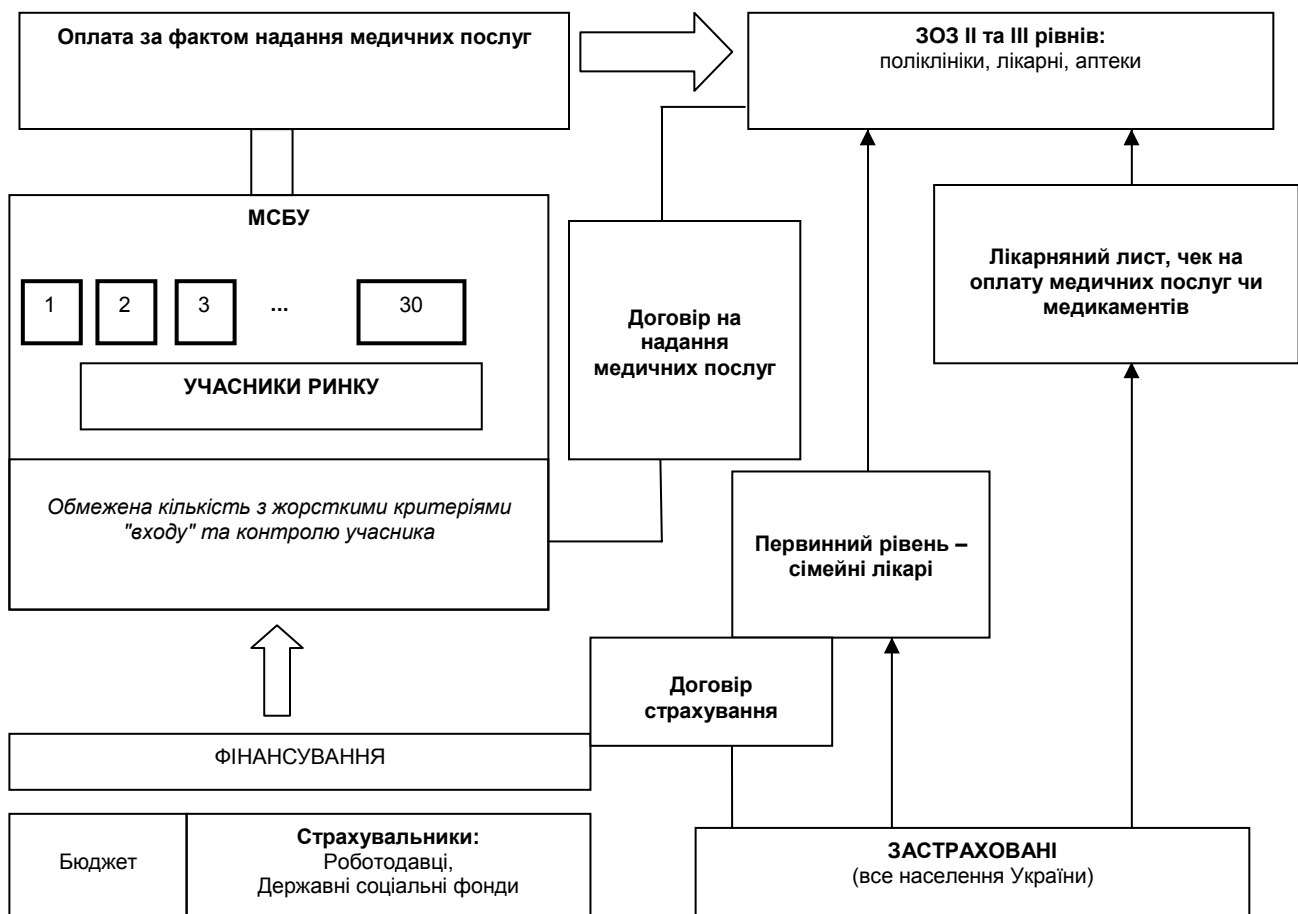


Рис. 1. Механізм фінансування системи охорони здоров'я в Україні

На рисунку 1 органом акумуляції коштів у системі охорони здоров'я виступає Медичне страхове бюро України (МСБУ), але яким би не був орган акумуляції коштів потрібним є впровадження трирівневої системи для запобігання корупції.

В Концепції пропонується впровадження обов'язкового медичного страхування в три етапи:

I етап – підготовчий (прогнозується, що буде діяти в країні до 31.12.2011 р.) передбачає персоніфікацію населення, розробку та затвердження стандартів лікування, перелік медичних послуг та їх вартість, реструктуризацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я та прийняття Закону України "Про обов'язкове медичне страхування".

II етап – перехідний (з 01.01.2012 р. до 31.12.2012 р.) передбачає укладання договорів обов'язкового медич-

ного страхування та систему фінансування наступних закладів охорони здоров'я: станцій першої невідкладної допомоги; дитячих поліклінік; пологових будинків тощо, а також збереження часткового фінансування за рахунок державних та місцевих бюджетів.

III етап – повноцінне функціонування обов'язкового медичного страхування (з 01.01.2013 р.), що передбачає одночасне припинення фінансування системи охорони здоров'я за рахунок держави, крім спеціалізованих закладів, та запровадження нових розмірів страхових платежів із врахуванням страхового покриття.

На прикладі наведеної вище Концепції можна стверджувати, що всі Концепції будуть передбачати аналогічні терміни впровадження – ніяк не менше чотирьох-п'яти років. Але без реформування діючої в Україні галузі охорони здоров'я вирішення головного

завдання – підвищення ефективності використання коштів, є неможливим. І тому без поступового введення нових джерел фінансування недофінансована медична галузь опиниться в ще більш складному стані. І одним із таких каналів фінансування є добровільне медичне страхування.

Добровільним медичним страхуванням в Україні активно займається невелика кількість страхових компаній. За підсумками 2008 року страхові компанії ТОП-5 в

сегменті медичного страхування зібрали трохи більше 288 млн. грн. страхових платежів, а на ТОП-15 компаній, які збирають в місяць більше 1 млн. грн., приходить майже три чверті всього ринку медичного страхування чи 436,8 млн. грн. зібраних премій (табл.1, на основі даних Insurance Top). Надходження податків від страховиків з платежів по добровільному медичному страхуванню державі є незначними.

Таблиця 1. Надходження страхових премій та страхові виплати з медичного страхування ТОП-15 страхових компаній України

Страхові компанії	Страхові премії за 2008 р., тис. грн.	Страхові виплати за 2008 р., тис. грн.	Рівень виплат, %
ПРОВІДНА	93798,7	65083,1	69,39
ІНГО УКРАЇНА	62735,7	52402,3	83,53
НАФТОГАЗСТРАХ	56159,4	35822,7	63,79
АСКА	42652,0	37466,9	87,84
ІЛЛІЧІВСЬКЕ	33014,1	24941,9	75,55
ALLIANZ УКРАЇНА	18743,8	19329,4	103,12
НОВА	16650,4	11422,0	68,6
ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	15930,3	10833,7	68,01
ПЗУ УКРАЇНА	15620,3	13189,2	84,44
УКРАЇНСЬКА ПОЖЕЖНО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	14997,2	3286,9	21,92
ІНТЕРТРАНСПОЛІС	14633,5	9740,7	66,56
ІНВЕСТСЕРВІС	13606,8	11325,5	83,23
ДЖЕНЕРАЛІ ГАРАНТ	13154,1	5809,1	44,16
ГАЛАКТИКА	12787,8	4386,8	34,3
КРОНА	12296,3	8244,3	67,05

З іншого боку, безглуздим є оподаткування страхових компаній з цього виду страхування, коли держава згідно Конституції України (ст.49) декларує безкоштовну медицину, а страховальники самі оплачують свій захист. Якби держава стимулювала розвиток добровільного медичного страхування, було б вирішено багато проблем: система охорони здоров'я отримала б істотне джерело фінансування, населення – надійний захист та нові робочі місця, держава – збільшення податкових надходжень, страхові компанії – збільшення об'ємів, як це було вже зі страхуванням життя, яке вже переступило межу в мільярд гривень зі зборів страхових платежів у 2008 році. Оподаткування працедавців в Україні не стимулюється, тому пропонуємо, як свідчить загальноприйнята світова практика, відносити страхові платежі на валові витрати під час розрахунку податку на прибуток, який сплачують працедавці; запровадити податковий кредит страховальників під час придбання страхового полісу; зменшити чи запровадити "нульову" ставку податку на прибуток для страховиків, які займаються добровільним медичним страхуванням та є учасниками обов'язкового медичного страхування.

Основна причина непопулярності добровільного медичного страхування у страховиків – велика ресурсоемікність. Добровільне медичне страхування потребує серйозної підготовки інфраструктури та кадрів, розробки та поступового введення програм, серйозного програмного забезпечення, яке дозволить вести облік десятків тисяч звернень хворих на тиждень. В усьому світі це малоприбутковий вид страхування, який має соціальний характер.

Для підтвердження дієвості моделі добровільного медичного страхування, розробленої та практично впровадженої автором, можна навести приклад здійснення медичного страхування співробітників на підприємстві "Маріупольський металургійний комбінат імені Ілліча". Відкрите акціонерне товариство "Страхове товариство "Іллічівське", як практична база дослідження, щорічно на "ММК ім.Ілліча" проводить підписку компанію з добровільного медичного страхування, яка складається з шести етапів:

- I. Розробка чотирьох медичних програм страхування різних рівнів.
- II. Узгодження та обговорення із керівництвом та профспілками підприємства складу програм.
- III. Внесення корективів у програму, які диктуються сьогоденням.
- IV. Проведення безпосередньо "підписної компанії": широка роз'яснююча робота, рекламна та PR-компанія.
- V. Надходження заяв у страхову компанію, обробка даних, внесення в базу.
- VI. Зустрічі в колективах (презентація).

На прикладі медичного страхування СТ "Іллічівське" співробітників "ММК ім.Ілліча" треба відмітити, яка необхідна розвинута інфраструктура, потужний сервер, персоналізована система сервера, асистанс, укладені договори про співробітництво з великою кількістю закладів охорони здоров'я в різних міста України, велика кількість кадрів та суб'єктів у процесі медичного страхування та супроводження договорів медичного страхування. Наприклад, у 2008 році ВАТ "СТ "Іллічівське" врегулювала більше 120 тисяч страхових випадків на суму 25,5 млн. грн., тобто здійснила більше 10 тисяч оплачених страхових відшкодувань на місяць.

Приходимо до висновку, що добровільне медичне страхування при здійсненні відповідних заходів, запропонованих автором може бути в Україні досить потужним джерелом фінансування медичної галузі при значно більшій ефективності використання коштів, ніж при бюджетному фінансуванні, незважаючи на те, яка модель обов'язкового медичного страхування буде обрана суспільством.

1. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 174 с. 4. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування. Навч. посіб. – Львів: Обласна книжкова друкарня, 1999. 2. Бондар О.В., Залетов О.М., Фурсевич П.П. Обов'язкове страхування. – К.: Міжнародна агенція "BeeZone", 2005. 3. Основы страховой деятельности: Учебник // Отв. ред. проф. Федорова Т.А. – М.: Издательство БЕК, 1999. 4. Юрій С.І., Шаваріна М.П., Шаманська Н.В. Соціальне страхування: Підручник. – К.: Кондор, 2004. – 464 с. 5. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування. – Львів: Облкниздрук, 1999. – 394 с.

ГРОШОВІ ЗАОЩАДЖЕННЯ ДОМАШНІХ ГОСПОДАРСТВ ЯК ІНВЕСТИЦІЙНИЙ РЕСУРС ДЛЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

У статті аналізується роль заощаджень домогосподарств, як важливого джерела стабільності національної економіки. Заощадження домогосподарств розглядаються з позиції інвестиційних ресурсів для української економіки.

The article introduces the households savings as important source of national stability. Savings are examined as investment resources for Ukrainian economy.

Сучасні вимоги щодо підвищення ефективності механізму перерозподілу фінансових ресурсів вимагають пошук нових джерел інвестування економіки України. Одним з важливих таких джерел є грошові заощадження домашніх господарств. Значення грошових заощаджень велике не тільки для домашніх господарств але вони є важливим фактором стабільності національної економіки.

Метою статті є обґрунтування теоретичного положення, що грошові заощадження домашніх господарств є інвестиційним ресурсом для національної економіки.

Наявні доходи домогосподарств є сумою кінцевих споживчих витрат домогосподарств та заощаджень. Згідно даних Держкомстату України, заощадження в січні-липні 2008 р. склали близько 12,1 % сукупного доходу домашніх господарств (розраховано автором за даними сайту Держкомстату України [4]). Зростання кінцевих споживчих витрат домогосподарств стимулює зростання ВВП, тим часом як зростання заощаджень домогосподарств вирішує частково питання фінансування інвестицій і одночасно полегшує тягар, покладений на систему соціального забезпечення. Це є доказом того, що такий результат може бути досягнутий

якщо дохід домогосподарств зростає, і це зростання є функцією здатності економіки досягати продуктивних цілей через більш ефективне використання трудових та капітальних факторів виробництва.

За даними Держкомстату України величина валових заощаджень сектору домашніх господарств у 2005 році складала 46214 млн.грн., [2, с.40] приблизно 9 млрд. дол.США. В таблиці 1 наведені пропорції валових та чистих заощаджень для України, в тому числі і заощаджень домогосподарств. Частка валових заощаджень домогосподарств досягла 40,8 % в 2005 році, в часи коли економічний клімат України був унікальним, з високим рівнем заощаджень корпорацій та здебільшого негативним рівнем приватних заощаджень (для порівняння, цей показник в країнах ОЕСР був в той час на рівні 50 %). Сума заощаджень домогосподарств є достатньою для фінансування формування валового капіталоутворення для інших секторів (машинобудування, транспортне обладнання, дороги, залізниця, телекомунікаційні мережі тощо), також для формування валового капіталоутворення самих домогосподарств (купівля нерухомості).

Таблиця 1. Рахунок використання наявного доходу інституційних секторів економіки України у 2005 р. (у фактичних цінах; млн. грн.)

Показники	Нефінансові корпорації	Фінансові корпорації	Сектор загального державного управління	Домашні господарства	Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	Оплата послуг фінансових посередників	Вся економіка
Ресурси							
Валовий наявний дохід	41387	12308	93487	298838	5221	0	451241
Всього	41387	12308	93487	298838	5221	0	451241
Використання							
Кінцеві споживчі витрати			80528	252624	4727		337879
індивідуальні			49418	252624	4727		306769
колективні			31110				31110
Валове заощадження	41387	12308	12959	46214	494	0	113362
Всього	41387	12308	93487	298838	5221	0	451241
Чисте заощадження	1881	10965	4592	45651	-272	0	62817

(Джерело: Статистичний щорічник України за 2006 рік, с.40).

Реалізація переважної більшості інвестиційних програм в Україні стримується через відсутність доступних джерел фінансування. Домашнє господарство в умовах ринкової економіки є самостійно господарюючим суб'єктом, тобто повністю залежить від результатів власної діяльності. Працюючі члени домогосподарств заробляють кошти, які вони використовують щодня для купівлі товарів чи послуг або для інвестування у фінансові активи. Тим не менш, члени домогосподарств можуть також вести сімейний бізнес, наприклад, магазини, кафе, таксі чи ферми. Домогосподарства також можуть надавати житлові послуги. В системі національних рахунків ці різні види підприємств описуються терміном "суб'єкти підприємницької діяльності" (без створення юридичної особи – автор), у них немає акціонерів і їхня відповідальність не обмежена у разі платіжного дефолту. Тому раціональне ведення домашнього господарства, забезпечення безперервності його розвитку в умо-

вах ринку неможливе без створення різних грошових фондів. Джерелом їх формування є наявний дохід, який є в розпорядженні домашнього господарства. Цільове призначення цих фондів може бути різним. Це може бути створення страхового резерву для підтримки звичайного рівня поточного споживання у разі зниження величини наявного доходу, що є у розпорядженні фізичних осіб. По-друге, можливим є формування грошового резерву для придбання дорогих предметів тривалого користування або послуг. Крім цього, створення грошового фонду може бути для його подальшого інвестування (вкладення коштів в акції, облигації і т. д.) з метою підвищення рівня доходу домашнього господарства.

В залежності від мети заощадження, розрізняють дві форми заощаджень: неорганізовані та організовані заощадження. Неорганізовані заощадження це готівка на руках у населення в гривні та іноземній валюті. Організовані заощадження це грошові кошти населення, роз-