

Узагальнено історичний досвід медичного страхування, проаналізовано організаційно-фінансовий механізм надання медичних послуг населенню на страхових засадах та окреслено перспективи розвитку медичного страхування в Україні.

Ключові слова: *медичні послуги, медичне страхування, страхова медицина, фінансування охорони здоров'я.*

В умовах формування ринкової інфраструктури важливе значення має медичне обслуговування населення як своєрідна сфера послуг для повноцінного функціонування людського організму. Здоров'я населення за сучасними уявленнями визначає ступінь соціально-культурного розвитку суспільства та якості життя громадян. Об'єктивне збільшення медичних потреб населення відбувається на тлі зменшення можливостей системи охорони здоров'я. Державні витрати на охорону здоров'я не задовольняють реальні потреби людей. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної і стаціонарної допомоги стає платною. Світовий досвід підтверджує, що найбільших успіхів у вирішенні проблеми зміцнення здоров'я населення досягли ті країни, які запровадили в системі охорони здоров'я механізм медичного страхування.

Актуальність теми дослідження обумовлена потребою вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я та проведення детального аналізу щодо пошуку додаткових джерел фінансових ресурсів.

В Україні дослідженню окремих питань функціонування та фінансування охорони здоров'я, медичного страхування *присвячено праці* В. Андрущенко, Й. Бескида, О. Василика, Н. Гойди, О. Голяченка, О. Кириленко, В. Крамаренко, В. Лехан, В. Паламарчука, В. Руденя, В. Рудого, В. Філатова, С. Юрія. Серед російських вчених цими питаннями займалися Д. Венедиктов, Н. Грищенко, М. Кузьменко, Ю. Лісичин, Г. Поляк та ін. Важливе місце в розробці цієї проблематики посідають праці західних науковців: Дж. Гендерсона, Дж. Гея, Е. Магуайра, Г. Муні, К. Харді та ін.

Однак необхідно зазначити, що у вітчизняній економічній літературі ще недостатньо розроблено фінансовий аспект розвитку медичної галузі на страхових засадах, практично відсутня адекватна методологічна і статистична база для подібних досліджень.

1. Історичний досвід України у сфері медичного страхування

Виникнення страхової медицини в Україні сягає середини XIX сторіччя і проглядається через призму тодішнього державного устрою країни, коли в царській

Росії 26 серпня 1866 р. в зв'язку з настанням епідемії холери було прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувались організувати для своїх робітників лікарні. Це і поклало початок формуванню так званої фабрично-заводської медицини в Україні. Однак виконувалося це положення незадовільно. Так, у 80-х роках XIX сторіччя в семи губерніях із дев'яти медичною допомогою було охоплено лише 15% робітників усіх підприємств, які отримували її у 130 невеличких фабрично-заводських лікарнях. В умовах, що склалися, із метою забезпечення соціальної допомоги, в тому числі й медичної, робітники змушені були самостійно знаходити механізми соціального захисту через створення різноманітних страхових товариств та кас взаємодопомоги.

Медичне страхування і страхова медицини в Україні своєю появою завдячують фабрично-заводській медицині, і виявом цього процесу в Україні стало виникнення лікарняних кас, які вже на той час існували в Німеччині та інших країнах Європи. Першим промисловим підприємством, де в 1870 р., тобто через чотири роки після введення названого вище положення і за 42 роки до прийняття закону про страхування була вперше в Україні створена лікарняна каса, став адміралтейський завод "Россуд" в Миколаєві. Саме тут на асигнування першого лікарняного збору коштів підприємці уклали першу в Україні угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем. Згідно з угодою про медичне забезпечення робітникам заводу "Россуд" подавалася лікарська медична допомога при нещасних випадках, а відшкодування витрат здійснювалося через лікарську касу за рахунок підприємства. Таким чином, лікарняну касу в Миколаєві можна вважати однією з перших організаційних форм первинної ланки надання медичної допомоги на страхових засадах в Україні [1, 25].

В кінці XIX і на початку XX сторіччя запровадження медичного страхування як частини системи соціального страхування стало невід'ємною вимогою політичного робітничого руху в Україні. Після революційних подій 1905 р. царський уряд змушений був розпочати розробку проекту закону про соціальне страхування й одночасно, не чекаючи прийняття цих законів, дозволив робітникам організувати лікарняні каси.

Прийнятий в 1912 р. Державною Думою закон "Про соціальне страхування на випадок хвороби" став результатом колективної боротьби робітників і прогресивної громадськості, в тому числі й лікарів. Попри всі його вади цей закон вперше в Російській імперії, а отже на території України, надає поняттю "лікарняні каси" нормативну базу і затверджує статут про їх діяльність. З того часу лікарняні каси стали організаційними осередками надання медичної допомоги працюючому населенню за страховим принципом. Це поклало початок системи страхової медицини дореволюційного періоду в Україні.

Згідно з положенням про страхування, яке функціонувало в Україні, джерелами фінансування системи медичного страхування, що здійснювалося через лікарняні каси, були переважно фонди соціального страхування. Ці кошти склалися із внесків промисловців, самих робітників – членів лікарняних кас, на долю яких припадало 60% усіх витрат, а також надходжень від страхових товариств.

До початку першої світової війни в Харківській і Київських губерніях було організовано відповідно 68% і 75,5% запланованих до відкриття лікарняних кас.

На цей період у тій же Єкатеринославській губернії, як одному із промислових районів півдня України, існувало 135 лікарняних кас, де основні ключові позиції належали працедавцям. Однак загальне охоплення соціальним медичним страхуванням в Україні було надто низьким і не перевершувало 2% від загальної чисельності населення країни [2, 78].

В Україні функціонували лікарняні каси двох типів: заводські і об'єднані. Заводські каси здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організували надання безплатної медичної допомоги членами їхніх сімей. У 1913 р. урядом запропоновані доповнення до статуту лікарняних кас, що давали їм право організувати лікарняні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини кас з лікарями будувалися у таких формах:

- залучення лікарів різних спеціалізацій на договірних засадах;
- зарахування лікаря на постійну роботу.

З організацією лікарняних кас медична допомога працюючим людям та членам їхніх сімей дещо поліпшилася і стала для них доступнішою.

Страхова медицина отримала активніший розвиток в Україні після лютневої революції 1917 р., що виявилось у розповсюдженні страхування практично у всіх галузях промисловості і охопило широкі верстви населення.

Загалом у дореволюційний період в Україні була створена власна система страхової медицини. Однак після жовтневого перевороту 1917 р. за короткий період вона відчула на собі його наслідки, випробувавши як злети, так і падіння. Про визнання ролі лікарняних кас в організації медичної допомоги засвідчує Декрет Ради Народних Комісарів від 14 листопада 1917 р. „Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів, підприємств”. Зміна структури підпорядкованості лікарняних кас перетворила їх у нові демократичні медичні заклади, де кошти на їх утримання формувалися тільки за рахунок внесків підприємців. Джерелами фінансування для формування коштів лікарняних кас відповідно до положення про забезпечення робітників у разі хвороби стали внески учасників медичного страхування у розмірі від 1% до 2%, а при чисельності учасників страхування менше 500 осіб – 3% від заробітної плати. Іншими джерелами були доплати власниками підприємств у розмірі 2/3 від суми внесків учасників страхування.

Декрет Раднаркому України “Положення про страхування на випадок хвороби” від 2 травня 1919 р. запровадив страхування у вигляді грошової допомоги на всіх осіб, котрі були зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські й окружні лікарняні каси за рахунок внесків працедавців (10% від фонду заробітної плати) та інших надходжень. Лікарняні каси надавали безплатну лікарську допомогу робітникам, в тому числі ліками й перев'язувальними матеріалами.

Однак керівники охорони здоров'я країни того часу дійшли висновку про недопустимість паралельного існування двох медицин – страхової і державної. Прийняте за їх пропозицією “Положення про соціальне забезпечення працюючих” від 31 жовтня 1918 р., а потім постанова Раднаркому “Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас” Народному комісаріату охорони здоров'я слугували основою для одержавлення страхових організацій і ліквідації лікарняних кас.

Початок другого етапу розвитку страхової медицини в Україні пов'язаний із переходом країни в березні 1921 р. до нової економічної політики (НЕП), що для охорони здоров'я стало відходом від бюджетної системи фінансування і спричинили передачу медичних закладів на фінансування до місцевих бюджетів із подальшим різким скороченням фінансування й запровадженням часткової оплати за отриману медичну допомогу. Перед закладами охорони здоров'я постала проблема пошуку нових джерел фінансування. Ринкові відносини, що почали зароджуватися на той час в Україні, ставили до системи охорони здоров'я вимогу пристосуватися до їхніх законів і реалізувати страхову медицину.

Хоч НЕП у цілому і створив сприятливі умови для відновлення принципів страхової медицини, в Україні на той час вони були використані лише частково і виявилися у створенні робітничої медицини (робмеду) – медицини для надання медичної допомоги обмеженому контингенту працюючих.

Головну роль тут відіграв Декрет Раднаркому України від 10 грудня 1921 р. „Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника”. Відповідно до цього декрету страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, а також працівники, які були зайняті в сільському господарстві й перебували у підпорядкуванні промислових підприємств. Поряд з допомогою по тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах декрет передбачав надання безплатної медичної допомоги застрахованим в амбулаторії, стаціонарі і домашніх умовах, а також безплатне забезпечення ліками, бандажами, окулярами та стоматологічне протезування.

Фонд лікарської допомоги мав цільове призначення і витрачався: на медичну допомогу при невідкладних захворюваннях та нещасних випадках; амбулаторне, загальне і спеціальне лікування, до якого входила також і зубопротезна допомога; пологодопоміжні заходи; лікарняне лікування; організацію дитячих ясел, жіночих консультацій, будинків матері і дитини, закладів охорони здоров'я дітей; спеціальну допомогу у фізіотерапевтичних інститутах, диспансерах, санаторіях; санаторно-курортне лікування.

Весь бюджет охорони здоров'я за період існування робітничої медицини в Україні складався із державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги та інших джерел. У роки НЕПу питома вага асигнувань на охорону здоров'я за рахунок страхового фонду становила майже половину (44–49,5) усіх коштів, місцевих бюджетів – більш як третину (31,6–35,3%), а державних асигнувань – лише 8,0–9,6% [1, 83].

На відміну від інших республік Радянського Союзу, робітнича медицина в Україні отримала значний розвиток. Її мережа була тісно пов'язана з працюючими через страхові каси, фабричні та заводські комітети, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій при поліклініках. Кількість робітничих поліклінік в Україні зросла з 54 (на момент створення) до 101 у 1923 р.

У 1923 р. в підпорядкування робмеду перейшли всі заклади великих промислових підприємств України, а в 1924–1925 рр. у цій системі перебувало 207 амбулаторій, 301 фабрично-заводський медпункт, 18 тубдиспансерів, 10 санаторіїв, 3 венеричних диспансери. У 1923 р. в Харкові було відкрито перший інститут

робітничої медицини, при якому вже в 1924 р. почали функціонувати курси фабрично-заводських лікарів. Таким чином, в Україні знову було створено власну модель страхової медицини – систему робітничої медицини, що розвивалася паралельно з мережею закладів охорони здоров'я Наркомату охорони здоров'я. Це не суперечило основним принципам тодішньої державної системи охорони здоров'я.

У період існування НЕПу та робітничої медицини у діяльності органів охорони здоров'я і медичних закладів з'явилися окремі риси, які були притаманні ринковим відносинам. У Криму з метою знаходження додаткових джерел фінансування Інститут лікування ім. Сеченова і частина лабораторії Бактеріологічного інституту перейшли на самоокупність, а відділ охорони здоров'я міста Севастополя взяв в оренду макаронну фабрику, отримав право відкривати комісійні магазини і встановив чотири категорії оплати праці лікарів залежно від обсягу та характеру роботи.

Систему робітничої медицини України, яка активно використовувала принципи страхової медицини і елементи ринкових відносин, спіткала чергова невдача. У 1927 р. згідно з постановою уряду про утвердження принципу державної охорони здоров'я її було скасовано, а заклади передано Наркомату охорони здоров'я. Відтоді в Україні почалося функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння наданням медичних послуг і фінансування за залишковим принципом.

Отже, історичні дані засвідчують, що страхова медицина як система, а також її окремі складові наприкінці XIX – початку XX століття уже двічі “відвідували” Україну, тобто на її теперішніх територіях певний час уже існували різноманітні форми надання медичної допомоги на страхових засадах.

Тому вивчення і використання власного досвіду в період реформування охорони здоров'я України дасть змогу сформувати багатокладність у цій сфері. Зважаючи на те, що більшість фахівців переконана в необхідності кардинальних змін у системі охорони здоров'я, в останні роки на порядок денний поставлено саме цю проблему – впровадження в Україні ефективної системи медичного страхування.

2. Організаційно-фінансовий механізм медичного страхування

Медичне страхування виступає ефективним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я.

Основними завданнями медичного страхування є:

– посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм, надання медичної допомоги населенню;

– контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними та соціальними закладами і окремими приватними лікарями;

– розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди (медичні організації), які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Фінансування медичних витрат включає витрати на оплату медичного обслуговування (вартість ліків, медикаментів, апаратури), а також виплату грошової допомоги у зв'язку із непрацездатністю. Остання група витрат включає в себе

виплати з непрацездатності, спричиненої захворюванням, вагітністю, нещасними випадками на виробництві.

Під час розробки програм медичного страхування розраховуються обсяги страхового фонду і резервного страхового фонду, що створюється на випадок, якщо захворюваність перевищить встановлений рівень. Ці обсяги розраховуються методами теорії ймовірності на основі ймовірності настання ризикового випадку захворювання.

Медичне страхування передбачає територіальне акумулювання фінансових та інших ресурсів у страхових фондах. Ці фонди виступають як економічно самостійні некомерційні структури, що вступають у правові та фінансові відносини з громадянами, підприємствами, страховими компаніями, закладами охорони здоров'я і державними органами управління. У цій системі взаємовідносин страхові фонди виконують функцію контролю обсягу і якості медичної допомоги [3, 91].

У формуванні страхового медичного фонду беруть участь усі суб'єкти, які знаходяться на даній території, а страхування непрацюючої частини населення здійснюється місцевими органами влади за рахунок коштів місцевого бюджету.

Розвиток страхової медицини передбачає цільове використання фінансових ресурсів з фондів охорони здоров'я. Напрями і форми використання фінансових ресурсів визначаються, в основному, на рівні місцевих органів управління охороною здоров'я. Таким чином, центр ваги в управлінні сферою охорони здоров'я з рівня державних органів у багатьох питаннях переноситься на місцевий рівень.

Важливим структурним елементом медичного страхування є обґрунтований вибір страхової ставки (тарифу). З одної сторони, тариф визначає розмір страхового внеску і повинен давати можливість акумулювати необхідну суму фінансових ресурсів галузі, які є частиною дохідної статті бюджету. З іншої сторони, тариф повинен бути вигідним юридичним і фізичним особам, які заключають договори страхування з страховими медичними компаніями, та стимулювати процес залучення юридичних і фізичних осіб до медичного страхування.

За обов'язковим медичним страхуванням ставки страхових платежів повинні покривати затрати на виконання програм медичного страхування і забезпечувати рентабельну діяльність страхової медичної організації [4, 286].

Розмір одноразового страхового внеску за обов'язковим медичним страхуванням залежить від стану здоров'я людини, яка страхується, її віку, що визначає ймовірність настання захворювання у певний період часу. Під час розрахунків страхового внеску враховують також рівень, динаміку і ступінь впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища, включаючи екологічні, виробничі, побутові (куріння, зловживання алкоголем), заняття спортом тощо.

Добровільне медичне страхування фінансується за рахунок доходів і прибутку підприємств, а також за рахунок особистих коштів громадян. Умови цього виду страхування детально обумовлюються у договорі. Розміри внесків за програмами добровільного медичного страхування встановлюються за згодою сторін.

Очевидно, що страховий внесок за програмою добровільного медичного страхування повинен диференціюватися по галузях господарства і територіях країни. Він повинен залежати від умов праці застрахованого, характеру і рівня

забруднення навколишнього середовища, природно-кліматичних особливостей, тобто від тих факторів, які мають прямий вплив на стан здоров'я.

Залежно від рівня забруднення навколишнього середовища, ставки страхових внесків на медичне страхування можуть бути різними. Наприклад, в екологічно несприятливих районах, де, як правило, більша захворюваність, у територіальних фондах медичного страхування повинно акумулюватися більше коштів з розрахунку на одного застрахованого. Відповідно, підприємства-забруднювачі зобов'язані здійснювати внески по вищому тарифу. Підприємства, які використовують природоохоронні технології, страхуються за базовим тарифом.

Підприємства, які створюють несприятливий екологічний фон, вносять опосередковано додаткові кошти у територіальний фонд. Ці суб'єкти господарювання повинні перераховувати у територіальні фонди здоров'я кошти з чистого прибутку у порядку застосування до них штрафних санкцій за забруднення навколишнього середовища. Органи місцевого самоврядування, що виступають розпорядниками цього фонду, виділяють дотації територіальному фонду медичного страхування за рахунок штрафів. Ці дотації повинні спрямовуватись на збереження інтересів підприємств, у якого частота захворювань працівників більша з вини підприємства.

Поряд із екологічним станом (в масштабах території) кожне підприємство формує мікроекологічне середовище, під впливом якого перебувають, в основному, працівники цього підприємства. Відомо, що на рівень захворюваності і стан здоров'я впливає важка ручна праця, шумова і хімічна забрудненість у цехах, наявність постійних психоемоційних перевантажень та інших факторів, дія яких локалізується в межах підприємства. На відміну від екології на макрорівні, диференціація внесків у фонд медичного страхування із врахуванням якості виробничого середовища повинна бути не територіальною, а галузевою чи індивідуальною.

В умовах формування ринкових відносин в охороні здоров'я, необхідно проаналізувати соціальну сторону медичного страхування, яка гарантує права громадян щодо отримання медичної допомоги [5, 124]. Наприклад, страхова медична організація повинна контролювати об'єм, строки і якість медичних послуг. При цьому заклади охорони здоров'я несуть юридичну відповідальність не лише за якість клініко-діагностичних обстежень і лікувальних заходів, а й за відмову від їх надання застрахованій стороні.

Система медичного страхування передбачає формування фондів охорони здоров'я, призначених для субсидування конкретних територій з метою вирівнювання умов надання медичної допомоги по обов'язковому медичному страхуванню. Кошти, що спрямовуються громадянами і юридичними особами у фонди охорони здоров'я, виключаються з суми, що оподатковується. Звільнення від оподаткування частини прибутку суб'єктів господарювання різних галузей господарства стимулює ефективність виконання програм медичного страхування.

Успішне функціонування системи медичного страхування неможливе без надання пацієнтові права вибору лікувально-профілактичної установи та лікуючого лікаря.

В межах загальної концепції реформи організації і фінансування вітчизняної охорони здоров'я, цей принцип у розроблюваній системі медичного страхування

може конкретизуватись по-різному. Наприклад, у деяких страхових програмах пацієнту надається право вибору лікувально-профілактичної установи незалежно від її організаційно-правового статусу. З такими лікувально-профілактичними установами фонд медичного страхування заключає договір на обслуговування застрахованих осіб. Страхове відшкодування поступає безпосередньо від територіального фонду до медичного закладу. Пацієнт користується безкоштовною медичною допомогою, не вникаючи у її затратний механізм (при повному страховому відшкодуванні). Система розрахунків передбачає проміжну оплату за рахунок коштів пацієнта з наступним відшкодуванням витрат з фонду медичного страхування. У такому випадку застрахований працівник повинен оплатити рахунок з майбутньою компенсацією. Медичний заклад, який надав йому допомогу, орієнтується страховим фондом на певний рівень витрат і в процесі роботи намагається підтримувати встановлений рівень цих витрат.

Може існувати й відкрита система медичного страхування. У цьому випадку пацієнт може звернутись у будь-яку лікувально-профілактичну установу незалежно від наявності договірних відносин з фондом медичного страхування. Пред'явлений до оплати рахунок ретельно аналізується спеціалістами фонду, він погашається лише у розмірі страхового відшкодування по програмі, поширеної на даного пацієнта. При такому варіанті рівень платності медичної допомоги для населення буде вищими і менш передбачуваним, ніж у страхових програмах першого типу. У цьому випадку лікувально-профілактичні установи, які не мають договорів з страховими організаціями, не керуються жорсткими вартісними стандартами і вільніші у виборі тактики діагностики, лікування і реабілітації.

Ефективність системи медичного страхування передбачає розробку механізму матеріальних санкцій, які пред'являються пацієнтам за взаємною згодою адміністрації та працюючого персоналу у випадку відмови від проведення оздоровчо-профілактичних заходів, передбачених страховим планом. Штрафні санкції можуть поширюватися на розміри виплат по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з захворюванням, що з'явилося у результаті ігнорування працівником можливостей збереження здоров'я, появи відхилень у фізичній і нервово-психічній діяльності внаслідок куріння, зловживання спиртними напоями, порушень техніки безпеки на виробництві, невиконання призначень лікаря, необґрунтованої перерви курсу лікування тощо.

Штрафні санкції стягуються шляхом вирахування із заробітної плати фіксованої суми або ж складають певну частину вартості медичних послуг, що надаються по каналах обов'язкового медичного страхування.

При розробці системи обов'язкового та добровільного медичного страхування основним елементом інфраструктури, що створюється, виступають страхові медичні компанії, які мають виступати як самостійні господарсько-економічні одиниці, які несуть повну майнову відповідальність за результати своєї діяльності. Формування статутного капіталу страхових медичних організацій має відбуватись без участі державних управлінських структур будь-якого рівня. У протилежному випадку, якщо у створенні страхових медичних компаній беруть участь органи влади, то одна страхова компанія може отримати привілейований статус (наприклад, через надання

податкових пільг чи пільгового режиму кредитування). У такій ситуації порушуються умови конкуренції між "посередниками".

Підприємства можуть організовувати власні страхові медичні фонди і використовувати їх з метою створення власної мережі лікувально-профілактичних установ або ж у якості джерела додаткового медичного страхування своїх працівників через страхові компанії. Насправді це нова форма існування відомчої медицини. Відрізняється вона тим, що функціонує на кошти підприємств без залучення бюджетних асигнувань.

Світовий досвід розвитку медичного страхування свідчить, що орієнтація виключно на комерційні лікувально-профілактичні установи, метою яких є отримання максимального прибутку, не в змозі забезпечити населенню України соціальні гарантії у сфері медичного обслуговування. Тому концепція обов'язкового медичного страхування повинна орієнтуватися на створення інфраструктури соціально відповідальних інститутів, які працюють переважно на некомерційній основі і надають населенню соціальні гарантії у сфері медичного страхування. Весь прибуток, який отримують такі організації, має використовуватись на подальше вдосконалення і розвиток системи обов'язкового медичного страхування. Крім цього, інфраструктура, що проектується повинна забезпечувати фінансову стійкість обов'язкового медичного страхування і створювати умови для підвищення ефективності функціонування охорони здоров'я загалом.

У сфері добровільного медичного страхування необхідно сприяти розвитку конкурентного ринку медичних послуг. Тут, очевидно, пріоритет буде належати комерційним лікувально-профілактичним установам.

Поряд із функцією компенсації негативних явищ для здоров'я людини система медичного страхування виконує також функцію розвитку сфери лікувально-профілактичного обслуговування й інвестування в охорону здоров'я тимчасово вільних ресурсів. Капітал приносить страховій медичній організації додатковий прибуток у вигляді доходів від цінних паперів, іпотечного кредиту тощо. Це сталий накопичувальний фонд, оскільки він не призначений для виплати страхових сум і страхового відшкодування та в незначній мірі витрачається на виплату податків і дивідендів.

Отже, страхові медичні компанії створюють об'єктивну основу для інтеграції страхового, банківського і промислового капіталів. Така інтеграція передбачає участь різних суб'єктів ринкових відносин (банків, інвестиційних фондів, підприємств тощо) у формуванні акціонерного (статутного) капіталу страхових медичних компаній. За умов успішної діяльності останніх доцільно вкладати кошти, які належать страховим медичним компаніям, в активи банку з метою їх збільшення. Тому, в умовах ринкових відносин можливе створення банківсько-страхових об'єднань, діяльність яких може бути досить ефективною.

В економічно розвинутих країнах для цих цілей страхові медичні компанії часто створюють страхові комерційні банки. Наявність банківських структур у системі медичного страхування дозволяє з високою ефективністю розміщувати вільні фінансові ресурси, встановлюючи економічно обґрунтовану відсоткову ставку за кредит; фінансувати інвестиційні проекти у сфері охорони здоров'я із залученням ресурсів не лише страхових фондів, а й грошових коштів приватних інвесторів.

3. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні

Відповідно до Конституції України, людина, її життя і здоров'я є найвищою соціальною цінністю [6]. Кожна людина має невід'ємне право на життя і право на захист свого життя та здоров'я, зокрема, на охорону здоров'я та медичне страхування. Охорона здоров'я населення нашої держави повинна стати однією із життєзабезпечуючих сфер, адже рівень медичної та медикаментозної допомоги, яка сьогодні надається в Україні, не сприяє можливості мати здорову націю у майбутньому.

Протягом останніх років система охорони здоров'я зазнала значних труднощів, пов'язаних з гострим дефіцитом бюджетних коштів. Недостатність фінансування із бюджету призвела до суттєвих соціально-економічних наслідків. Загальнодоступна мережа закладів охорони здоров'я у плані медичних технологій помітно регресує, зменшилася доступність безкоштовної медичної допомоги. Відсутні стимули до праці у медичних працівників, низький рівень майже недиференційованої оплати їх праці незалежно від рівня класифікації.

В умовах ринкової економіки страхова медицина повинна займати належне місце у структурі медичної допомоги населенню. Ми підтримуємо здійснення заходів, направлених на створення у сфері охорони здоров'я конкурентного середовища, яке сприятиме якісному поліпшенню медичних послуг, підвищенню їх доступності. Поряд із розвитком державної системи охорони здоров'я повинна динамічно розвиватися мережа приватних та інших недержавних лікувальних закладів, покликаних розширити і зробити більш різноманітними медичні послуги, які надаються населенню.

Ринковий механізм вітчизняної охорони здоров'я повинен передбачати чотирирівневу структуру та включати:

- гарантований рівень медичної допомоги громадянам України, забезпечений державою (швидка допомога, невідкладна допомога, щорічний диспансерний огляд);
- спеціальну державну медичну допомогу дітям та жінкам (в тому числі вагітним);
- обов'язкове медичне страхування для працюючих у державному та недержавному секторах економіки;
- добровільне медичне страхування населення.

У межах концепції фінансової реформи охорони здоров'я планується поступовий перехід до системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке необхідно розглядати як складову частину загальнообов'язкового державного соціального страхування.

В Україні обговорюється законопроект "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", який визначає правові, соціальні, фінансово-економічні та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування населення з метою реалізації встановлених Конституцією України прав усіх громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування [7, 1]. При підготовці цього законопроекту використано зарубіжний досвід у створенні системи медичного страхування. Особливу увагу приділено аналізу деяких негативних наслідків впровадження медичного страхування в Росії,

а саме: участь у медичному страхуванні комерційних страхових організацій, відставання або відсутність одночасної адекватної реформи всієї системи охорони здоров'я, а не лише одного з механізмів фінансування.

В умовах, які склалися в економіці України запровадження додаткового страхового внеску на медичне страхування є досить складною проблемою.

Сьогодні державні зобов'язання галузі охорони здоров'я мають декларативний характер і не забезпечені реальним фінансуванням. У ситуації, що склалася збереження державних зобов'язань з наданням медичної допомоги на унікальній основі є нереальним. Навіть економічно розвинуті країни не можуть собі дозволити такі високі соціальні категорії щодо безоплатної медичної допомоги [8, 165].

Впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування передбачає здобуття закладами охорони здоров'я більшої господарської самостійності, оскільки вони одержують кошти від страховиків без розподілу витрат.

Безумовно, загальнообов'язкове соціальне медичне страхування має певні переваги. Зокрема, забезпечуються вагоміші позиції охорони здоров'я в системі суспільних пріоритетів (кошти охорони здоров'я стають захищеними від зазіхань відомств), впроваджується принцип суспільної солідарності. Крім того, наявність між споживачем медичних послуг (пацієнтом) і їхнім виробником (медичним закладом) проміжної ланки (фонду медичного страхування) забезпечує незалежний, ефективніший контроль за діяльністю медичних закладів, якістю та ефективністю медичної допомоги.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження *ми з'ясували*, що в Україні сьогодні діє низка економічних, правових та соціальних факторів, вплив яких стримує розвиток медичного страхування. Існує соціальна невизначеність статусу та перспектив медичного страхування, що створює у більшості населення ілюзію його неактуальності.

Невизначеність правових питань медичного страхування робить цю галузь суспільних відносин непривабливою і неперспективною в інвестиційному, економічному, маркетинговому аспектах. У зв'язку з цим ринок медичного страхування розвинутий слабо, серйозної конкуренції між страхувальниками не існує.

Велике значення має фактор низьких доходів населення. Невідповідність між реальним прожитковим мінімумом і середньостатистичною заробітною платою, а також високі податкові ставки на доходи підприємств не дозволяють залучати додаткові ресурси в систему добровільного медичного страхування. Не проявляють особливої зацікавленості в розвитку страхової медицини і суб'єкти системи охорони здоров'я. Це пояснюється, насамперед, внутрішніми факторами. Адже для певної частини працівників практичної охорони здоров'я існуюча ситуація в галузі припустима.

В умовах дефіциту бюджетних коштів багато закладів функціонує за рахунок залучення додаткових ресурсів, головним чином, особистих заощаджень громадян. Екстренна допомога в необхідних обсягах буде надана, а за планові операції, догляд, маніпуляції потрібно платити. При медичному страхуванні ці фінансові потоки будуть контролюватися державою, вони сформують фонд обов'язкового медичного

страхування, а за їх раціональним використанням будуть слідкувати страхові компанії.

Задовольнити, стимулювати, формувати попит на страхові послуги в існуючих економічних умовах украй важко, проте страхувальники на ринку повинні зайняти активнішу позицію.

Радикальна реформа системи охорони здоров'я на принципах страхової медицини дасть змогу розширити канали фінансового забезпечення цієї сфери за рахунок нетрадиційних коштів – страхових фондів. Це сприятиме соціально спрямованому і ефективному розвитку галузі, а в кінцевому результаті – поліпшенню справи охорони здоров'я громадян незалежної України.

Література

1. Рудень В. *Страхова медицина і медичне страхування: Навчальний посібник.* – Львів: Обласна книжкова друкарня. – 1999. – 305 с.
2. Рудень В. В. *Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України.* – 2000. – № 1. – С. 76–87.
3. Карлін М. І. *Медичне страхування в системі економічних відносин України // Європейський досвід страхової діяльності і вдосконалення її кадрового забезпечення: Професійні дискусії педагогів і практиків Сходу і Заходу.* – К., 2006. – С. 89–92.
4. Вашев О. *Загальнодержавне медичне страхування як складова соціальної політики в умовах реформування системи охорони здоров'я // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні.* – К., 2006. – Т.2. – С. 283–288.
5. Вірченко В. В. *Обов'язкове медичне страхування як фактор посилення соціальної захищеності населення України // Формування ринкових відносин в Україні.* – К., 2006. – Вип. 7–8 (62–63). – С. 123–126.
6. *Конституція України / Верховна Рада України.* – Офіц. вид. – К.: Парламентське видавництво, 2007. – 64 с.
7. *Проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 06.03.2001 р. №61-52-1 // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я.* – К.: МОЗ України. – 2001. – травень-червень. – С. 260–279.
8. Григор'єва Л. О. *Реформування системи фінансування охорони здоров'я як чинник позитивних зрушень у людському розвитку // Формування ринкової економіки.* – К., 2007. – С. 163–168.

Редакція отримала матеріал 25 грудня 2008 р.