

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ

У статті досліджено проблеми збереження трудового потенціалу країни і запропоновано концептуальні підходи до запровадження обов'язкового державного медичного страхування, що забезпечить, на основі зміни механізму фінансування медичної галузі, економічне стимулювання до підвищення уваги з боку громадян, їх роботодавців та держави за станом здоров'я населення.

The article investigates the problem of preserving the employment potential and conceptual approaches to the introduction of compulsory health insurance that will ensure the change the funding mechanism medical industry, economic incentives to increase the focus on the side of citizens, their employers and the state as public health.

Ключові слова: трудовий потенціал, депопуляція, обов'язкове державне медичне страхування.

Keywords: labor potential, depopulation, mandatory medical insurance.

Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими і практичними завданнями. Основною причиною демографічної кризи, що спостерігається в нашій державі впродовж останніх десятиліть, є висока смертність населення.

Як показує практика, фінансовими механізмами можна вплинути на рівень народжуваності, проте економічно зацікавити людину жити довше та бути здоровою – неможливо. Через високі показники смертності наша держава щороку втрачає від 250 до 300 тис. населення. Ще більше занепокоєння викликає той факт, що значну частку в загальній чисельності померлих займають особи працездатного віку.

Виникає гостра необхідність знизити рівень смертності населення з метою збереження трудового та людського потенціалу країни. Як це зробити? Як «змусити» людину жити довше?

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Питаннями подолання демографічної кризи та реформуванням з цією метою системи медичного обслуговування присвячено ряд публікацій таких учених, як С. І. Бандур., Я. В. Коваль, В. І. Куценко, Е. М. Лібанова, О. В. Макарова, В. В. Онікієнко, Л. В. Романова, Л. А. Чепелевська, Л. В. Шаульська, Л. Т. Шевчук, та інші.

Зокрема, в їхніх працях визначені основні напрямки подолання демографічної кризи та збереження трудового потенціалу. Проте є потреба у визначенні напрямків удосконалення сучасної системи охорони здоров'я, що буде спроможна оптимізувати збереження трудового потенціалу держави.

У статті зроблена спроба окреслити новітню концепцію функціонування системи охорони здоров'я, що спрямована на збереження трудового потенціалу держави.

Виклад матеріалу дослідження. З метою визначення шляхів подолання високого рівня смертності необхідно з'ясувати, які ж причини цього негативного явища.

За даними Державного комітету статистики, у 2009 р. померли 706,7 тис. осіб, із них від хвороб системи кровообігу – 65,2%, від ракових захворювань – 12,5%, від зовнішніх причин смертності – 6,9%, від хвороб органів травлення й органів дихання – 4,3% та 3,0% відповідно, від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – 2,1% (табл. 1) [1].

Наведені дані свідчать, що 87,1% усіх смертей є клінічними характер і пов'язані зі захворюваннями організму людини. Про стабільність високого рівня смертності населення свідчать і дані, наведені у таблиці 2.

Отже, можна зробити висновок, що основною причиною теперішнього рівня смертності є високий рівень захворюваності населення.

Таблиця 1

Основні причини смертності в Україні впродовж 2005–2009 рр. (тис. осіб) [1]

Рік	Всього померлих	із них від:					
		хвороб системи кровообігу	новоутворень	зовнішніх причин смерті	хвороб органів травлення	хвороб органів дихання	деяких інфекційних і паразитарних хвороб
2005	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1

Підтвердженням цього є той факт, що рівень захворюваності населення постійно підвищується. Так, у 1990 р. за наявного населення 51838,5 тис. осіб кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань становила 32188 тис. одиниць, а у 2009 р. за наявного населення 46143,7 тис. осіб кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань становила 33032 тис. одиниць. Із наведених даних можна прийти до висновку, що за останніх 19 років кількість людей, на яких припадає одне захворювання, зменшилася з 1,6 до 1,4. Тобто, на 12,5% збільшилася кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на одну людину.

Таблиця 2

Рівень смертності населення в Україні впродовж 2005–2009 рр. (на 1000 осіб населення) [1]

Рік	Кількість померлих
2005	16,6
2006	16,2
2007	16,4
2008	16,3
2009	15,3

У «боротьбі» із ситуацією, що склалася, держава «відповіла» скороченням кількості лікарняних закладів із 3,9 тис. у 1990 р. до 2,8 тис. у 2009 р., а також зменшенням кількості лікарняних ліжок із 700 тис. до 431 тис. за даний період. Проте доцільно зазначити, що за відповідний період кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів зростає з 6,9 тис. до 8,8 тис.. Це, своєю чергою, підвищило їх планову місткість із 895 тис. відвідувань у 1990 р. до 1000 тис. відвідувань за зміну в 2009 році [1].

Отже, наведені дані свідчать про непросту ситуацію у сфері охорони здоров'я та про необхідність удосконалення механізму її функціонування з метою зниження рівня смертності населення.

У розвинутих країнах доволі поширена практика реалізації механізму страхової медицини. Її запровадження є насамперед економічним стимулом для підвищення уваги людини до свого здоров'я. Адже страхова медицина передбачає – сплату страхових внесків і у разі настання страхового випадку (захворювання) оплату зі страхового фонду послуг, наданих медичним закладом. Один із принципів страхування встановлює залежність розміру страхового відшкодування від розміру страхових внесків. Звідси випливає, що залежно від доходів громадян будуть сплачуватися страхові внески, відповідно до яких буде надаватись обсяг безкоштовного медичного обслуговування. Отже, кожна застрахована особа буде намагатися максимізувати страхові внески та здійснювати контроль за станом свого

здоров'я, щоб не допустити ситуації, коли вартість наданих медичних послуг перевищить суму страхового відшкодування. Зменшити витрати на лікування можна лише профілактичними заходами чи ранньою діагностикою захворювання, що потребуватиме менше часу і медикаментів на лікування та, відповідно, менше затрачених фінансових ресурсів.

Якщо мова йдеться про страхову медицину як напрямок реформування сфери охорони здоров'я, то чи не суперечитиме її запровадження ст. 49 Конституції України, котра проголошує: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та *медичне страхування*» та «У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається *безкоштовно*»? Сьогодні послуги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надають для громадян нашої держави «безкоштовно», проте ці послуги оплачують (заробітна плата медичного персоналу, модернізація устаткування, утримання медичних закладів) із державного та місцевих бюджетів, що формуються переважно з податкових надходжень, які сплачують фізичні та юридичні особи. Страхова медицина передбачатиме лише зміну механізму фінансування медичної галузі. Маємо на увазі, що внески на цей вид страхування страхувальники сплачуватимуть в обхід державного та місцевих бюджетів, безпосередньо у державний цільовий фонд (фонд обов'язкового державного медичного страхування).

У концепції обов'язкового державного медичного страхування (ОДМС) необхідно зберегти наявні державні гарантії в медичній галузі, не ліквідувавши позитивних її здобутків, забезпечивши високоякісний розвиток.

Як і будь-який інший вид страхування, ОДМС треба, здійснювати за певною організаційною схемою, що передбачає визначення суб'єктів страхування та економічних зв'язків і явищ, котрі виникатимуть у процесі страхування. Найбільші дискусії тривають, навколо того, як має відбуватися процес ОДМС, хто має бути суб'єктами й об'єктами страхування. Ми пропонуємо наступну організаційну схему ОДМС (рис. 1).

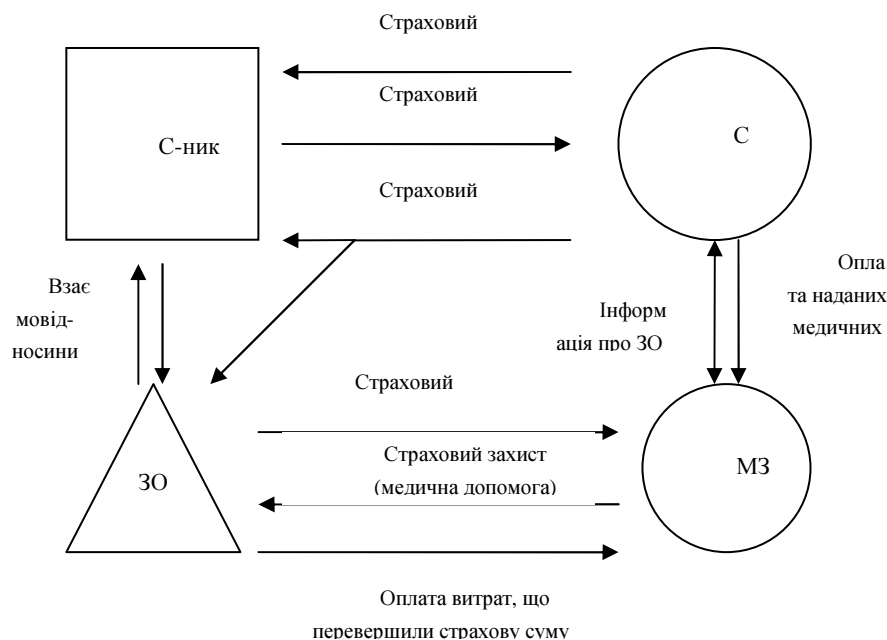


Рис. 1. Організаційна схема обов'язкового державного медичного страхування

Страховиком (С) виступатиме державний цільовий фонд обов'язкового державного медичного страхування (ФОДМС), що буде створений.

Страховальником (С-ник), при ОДМС, будуть фізичні та юридичні особи, які сплачують страхові внески за застрахованих осіб.

Застрахованою (ЗО) буде особа, яка внесена у відповідний реєстр ФОДМС, за яку С-

ник сплачує страхові внески та яка дотримується правил страхування.

Медичний заклад (МЗ) – це всі державні та комунальні заклади охорони здоров'я, що надаватимуть відповідний страховий захист.

До основних функцій ФОДМС належатимуть наступні:

- створення реєстру ЗО, МЗ, С-ників;
- акумулювання на своїх рахунках страхових внесків, виплата страхового відшкодування та управління фінансовими потоками;
- організація превентивних заходів (вакцинація, диспансеризація населення, санаторно-курортне лікування);
- управління МЗ.

Фонд обов'язкового державного медичного страхування (ФОДМС) доцільно створити на зразок Пенсійного фонду України на базі центральних та регіональних управлінь Міністерства охорони здоров'я і Фонду соціального страхування від тимчасової втрати працездатності. Але найоптимальнішим варіантом, із огляду на впровадження єдиного соціального внеску, було б об'єднання всіх фондів соціального страхування в один, що дасть змогу зменшити адміністративні витрати на обслуговування системи державного обов'язкового соціального страхування. Об'єднання доцільно здійснити, приєднавши всі функціонуючі фонди соціального страхування до Пенсійного фонду, який володіє найповнішою базою даних застрахованих осіб і страхувальників завдяки персоніфікованому облікові. Базу даних про ЗО у ФОДМС можна створити на основі таких джерел інформації: дані ідентифікаційних номерів ДПІ; дані персоніфікованого обліку ПФУ; даних ФСС на випадок безробіття стосовно безробітних та членів їх сімей; через запровадження звітності ФОДМС, що містила б усю необхідну інформацію про зайняте населення; на основі даних від окремих громадян.

Інформація про ЗО, окрім загальних даних (П. І. П., дата народження, місце роботи), має містити дані стосовно страхового стажу та розміру сплачених страхових внесків, дані про стан здоров'я на основі повного медичного обстеження із зазначенням хронічних захворювань, склад сім'ї. Також доцільно було б передбачити кримінальну відповідальність за розголошення таких даних без згоди застрахованої особи.

Управління фінансовими ресурсами ФОДМС полягає у наступному:

- акумулювання страхових платежів, отриманих від страхувальників;
- сплата страхового відшкодування за надані медичні послуги;
- фінансування витрат МЗ: на заробітну плату працівників, на господарську діяльність, на модернізацію основних фондів, на медикаментозне забезпечення та ін.;
- визначення розміру дотацій зі зведеного державного бюджету;
- фінансування адміністративних витрат на свою діяльність.

Дотації з державного та місцевих бюджетів доцільно здійснювати у розмірі, **не меншому наявних видатків держави на фінансування медичної галузі за мінусом розміру страхових платежів, що їх сплатили страхувальники.**

Страхові внески (платежі) (СВ) сплачує Страхувальник Страховикові у розмірі, що розраховують за формулою:

$$\text{СВ (платіж)} = \text{СС} * \text{СТ} \quad (1)$$

Величину страхової суми (СС) і страхового тарифу (СТ) доцільно встановити після здійснення відповідних актуарних розрахунків. Страхова сума – це сума страхового відшкодування, в межах якої надають медичні послуги ЗО у певний період. Позаяк внески сплачуватимуть щомісячно зі заробітної плати, то й страхова сума покриватиме вартість медичних послуг, наданих впродовж місяця.

На нашу думку, страхову суму треба встановити:

- у розмірі заробітної плати для зайнятого населення, що стимулювало б до детінізації трудових доходів громадян;
- для пенсіонерів, котрі не працюють, – у розмірі місячного пенсійного забезпечення;

– для пенсіонерів у зв'язку з інвалідністю у розмірі середньої вартості медичних послуг для таких громадян із диференціацією відповідно до груп інвалідності й категорій захворювань;

– для осіб, котрі не досягли економічно активного віку або належать до безробітного чи малозабезпеченого населення – у розмірі, визначеному державою, що спроможний забезпечити покриття необхідних витрат у разі настання страхової події. З цією метою можна ввести «мінімальну страхову суму», розмір якої доцільно визначати відповідно до середньої вартості медичних послуг, що надають таким категоріям населення. Держава сплачує для цих категорій населення страхові платежі й у разі перевищення витрат на медичні послуги страхової суми покриває надлишкову різницю.

Страхувальником (С-ник), при ОДМС, є:

– роботодавець, якщо громадянин належить до зайнятого населення;
– держава, якщо громадянин належить до безробітного населення чи економічно неактивного;

– будь-яка фізична особа чи юридична особа, яка бажає взяти участь у фінансуванні страхових платежів для третьої особи.

Із метою не посилення фіскального тиску на працівників та роботодавців доцільно **знижити величину окремих податків та зборів на величину страхових внесків**, надходження яких забезпечувало фінансування витрат сфери охорони здоров'я, а також **здійснювати нарахування та утримання збору на ОДМС із фонду заробітної плати**, що не зменшуватиме розміру заробітної плати працівника.

Доцільно надавати статус застрахованої лише тим особам, котрі пройдуть попередню диспансеризацію (ретельний повний медичний огляд). Відповідно до результатів обстеження держава має перебрати на себе фінансування всіх витрат на лікування виявлених захворювань. Лише після повного одужання можна буде надати статус застрахованої особи. При виявленні хронічного захворювання, що унеможливує повне одужання, держава перебирає зобов'язання й надалі фінансувати всі витрати, пов'язані з лікуванням цієї хвороби, а особа реєструється як застрахована з відповідним зазначенням в особовій справі. Диспансеризацію не потрібно відносити на витрати страхової суми, адже це є превентивним заходом, що має здійснюватися за рахунок коштів ФОДМС (держави).

Усім ЗО можна видати договір страхування – поліс (уніфікована форма страхового договору). Він набиратиме юридичної сили з моменту підписання сторонами, вказаної у ньому дати та після оплати першого страхового внеску. Поліс може бути довільної форми із зазначенням даних особи, котрій він виданий, та відповідним номером. Проте поліс можна і не видавати, а ЗО реєструвати за ідентифікаційним номером особи. У такому разі при настанні страхового випадку потерпілому доцільно пред'явити у МЗ лише посвідчення особи й за необхідності – витяг про присвоєння ідентифікаційного номера.

Нині склалася ситуація, за якої значна кількість медичних закладів перебуває у підвідомчому підпорядкуванні інших міністерств та відомств. Тим самим створюються неоднакові можливості доступу до медичного обслуговування у різних категорій населення. Тому доцільно передати всі державні та комунальні заклади, що є у власності державі та підпорядковані різним міністерствам та відомствам, у повне управління ФОДМС, з метою створення однакових умов для надання медичного обслуговування всім застрахованим особам та створення раціональної, ефективної управлінської системи охорони здоров'я. Також необхідно уніфікувати заробітну плату медичних працівників за категоріями в усіх регіонах держави, що сприятиме рівномірному забезпеченню медичних кадрів у різних регіонах держави.

До основних функцій медичних закладів при ОДМС належатимуть: надання медичних послуг при настанні страхових випадків; проведення першого та періодичних медичних оглядів (диспансеризація); вакцинація населення; надання інформації про стан здоров'я ЗО у ФОДМС; ведення обліку наданих медичних послуг; надання інших платних медичних послуг.

Важливе місце в концепції державної страхової медицини відведене диспансеризації. Як уже зазначено, кожна особа, котра реєструватиметься як застрахована, повинна буде пройти повний ретельний медичний огляд. Із метою ранньої діагностики захворювань доцільно щороку чи раз на два роки проходити періодичний медичний огляд.

Організувати перший медичний огляд можна наступним чином:

– зайняті громадяни проходитимуть організовано за графіком, узгодженим із роботодавцем;

– безробітні особи проходитимуть за поданням центрів зайнятості;

– діти дошкільного віку проходитимуть у дитячих поліклініках за графіком, узгодженим із керівництвом навчального закладу;

– учні загальноосвітніх і студенти професійно-технічних та вищих навчальних закладів проходитимуть організовано за графіком, узгодженим із керівництвом таких навчальних закладів;

– пенсіонери та інші категорії економічно неактивного населення проходитимуть за вимогою по місцю проживання або при першому звертанні до МЗ.

Вакцинація і медичний огляд застрахованих осіб, як уже зазначено, мають відбуватися за кошти Страховика (ФОДМС), позаяк, є превентивними заходами, що спрямовані на економію коштів на лікування захворювань. До того ж вакцинації, мають бути обов'язковими. У разі відмови ЗО пройти вакцинацію вона зобов'язується самостійно оплатити лікування при захворюванні на хворобу, проти якої проводили вакцинацію.

Страховий випадок – це настання страхового ризику. Суттю страхування є захист матеріальних інтересів застрахованих осіб при настанні (реалізації) страхового ризику. При ОДМС можна виділити дві групи страхових ризиків:

– захворювання людини, що було виявлене або проявилось після надання статусу ЗО, за умови, що дане захворювання є у переліку страхових ризиків ОДМС;

– втрата матеріальних доходів громадян унаслідок тимчасової втрати працездатності, а також інші ризики, страхування яких здійснює ФСС при тимчасовій втраті працездатності (в разі реорганізації цього фонду у ФОДМС).

До переліку страхових ризиків ОДМС доцільно віднести всі без винятку захворювання людини. Проте, як уже зазначено, до страхових ризиків не потрібно вводити захворювання, виявлені при першому (реєстраційному) медичному огляді та не були успішно вилікувані.

У переважній більшості зарубіжних країн, де функціонує страхова медицина, з переліку страхових ризиків виведено стоматологічні захворювання. На нашу думку, потрібно зберегти чинне, державне безоплатне стоматологічне обслуговування населення. Адже наслідком несвоєчасного стоматологічного обслуговування є захворювання внутрішніх органів людини, що в підсумку призведе до втрати її працездатності. Тому до переліку страхових ризиків доцільно ввести стоматологічні захворювання.

До другої групи страхових ризиків належать ризики, страхування яких наразі забезпечує ФСС від тимчасової втрати працездатності. Серед них основним є втрата трудових доходів, пов'язаних із тимчасовою втратою працездатності понад 5 днів (лікарняні). Перших 5 днів лікарняні оплачує роботодавець. Із метою посилення, уваги роботодавців до стану здоров'я працівників кількість таких днів доцільно збільшити до 10–14. Виплату лікарняних понад установлені дні, що відшкодує роботодавець, здійснювати з ФОДМС. Адже втрата працездатності пов'язана насамперед із захворюванням людини, яке вже є страховим ризиком при медичному страхуванні. Тобто, для того, щоб уникнути подвійного страхового відшкодування за настання однієї і тієї самої страхової події з ФСС ТВП і ФОДМС, доцільно здійснювати їх із одного фонду соціального страхування.

Страховий захист, що надаватиме МЗ у разі настання страхового випадку, передбачатиме:

– лікування захворювань, що проявилися після реєстрації особи як Застрахованої та виявлених під час періодичних медичних оглядів;

- медикаментозне забезпечення лікування зазначених захворювань;
- реабілітацію і санітарно-курортне лікування;
- страховий захист, що надає ФСС при тимчасовій втраті працездатності (в разі реорганізації цього фонду у ФОДМС).

При зверненні ЗО до МЗ та діагностиці у нього захворювання МЗ проводить його лікування й після одужання оформляє акт про наданні послуги.

У випадку, коли **вартість лікування перевищує Страхову суму:**

- ЗО може продовжити лікування, якщо воно не завершене, за власний рахунок;
- якщо термін лікування більше місяця, лікування ФОДМС оплачують двома, якщо три місяці – трьома СС і т. д.;

– якщо виявлено захворювання, вартість лікування якого значно перевищує СС, то з моменту встановлення діагнозу страхова сума щомісячно перераховуватимуть на лікування цього захворювання доти, доки вона не покриє відповідних витрат (при можливості відтермінування необхідних медичних послуг);

– у разі необхідності надання екстреної медичної допомоги МЗ має її надати, незважаючи на величину страхового відшкодування для даної ЗО.

Також доцільно передбачити, що при захворюванні дитини вона може, крім гарантованого їй державою страхового відшкодування (Стр. В), скористатися страховим відшкодуванням своїх батьків за мінусом Стр. В, що було надано їм особисто у цей період. Відповідно, при захворюванні батьків вони можуть скористатись Стр. В дітей, чоловік – Стр. В дружини, а дружина – Стр. В чоловіка.

Для визначення вартості наданих медичних послуг потрібно, насамперед, провести їх тарифікацію. Вона має бути уніфікована для всіх закладів охорони здоров'я та в усіх регіонах країни, з метою унеможливлення підвищення її вартості.

Отже, запропонована концепція обов'язкового державного медичного страхування передбачає створення механізму економічного стимулювання населення країни до підвищення уваги за станом свого здоров'я, а також посилення такої уваги з боку держави та роботодавця. Реалізація даної концепції потребує ретельного фінансового обґрунтування та визначення розмірів страхової суми, страхового тарифу і страхових внесків, а також необхідних дотацій із державного бюджету.

Висновки. Розглянута концепція обов'язкового державного медичного страхування спрямована на формування економічних стимулів до підвищення уваги за станом здоров'я населення з боку держави, роботодавців і громадян, із метою зниження рівня смертності населення. Дана концепція передбачає створення фонду обов'язкового державного медичного страхування. Цей вид соціального страхування має охопити все населення країни. Запровадження ОДМС згідно з такою концепції не передбачатиме ліквідацію безкоштовної медичної допомоги, а покликане через бюджетно-страхову модель фінансування системи охорони здоров'я сприяти високоякісному її розвитку та поліпшенню стану здоров'я населення.

Література

1. Державний комітет статистики України [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Куценко В. І., Трілленберг Г. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти. – Київ, 2005. – 366 с.
3. Рудий В. Законодавче визначення державної політики охорони здоров'я в Україні та загальний огляд національної нормативно-правової бази у зазначеній сфері // Глав. врач. – 2001. – № 11. – С. 18–22.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 425 с.
5. Страхування: Підручник / За ред. В. Д. Базилевича. – К.: Знання, 2008. – 1019 с.