

УДК 368.9.06

Славитич М.В.  
аспірант*Львівського національного університету імені Івана Франка*

Гупало О.Г.

кандидат економічних наук, доцент,  
завідувач кафедри економічної теорії*Львівського національного університету імені Івана Франка*

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

### THE NECESSITY OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE INTRODUCTION IN UKRAINE

#### АНОТАЦІЯ

У статті наведено основні проблеми та шляхи фінансування галузі охорони здоров'я, проаналізовано сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні. Запропоновано нові підходи до запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, для задоволення потреб у якісних медичних послугах усіх верств населення.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, страхові компанії, медичне забезпечення.

#### АННОТАЦИЯ

В статье приведены основные проблемы и пути финансирования здравоохранения, проанализировано современное состояние развития медицинского страхования в Украине. Предложена основная концепция внедрения обязательного медицинского страхования в Украине, для удовлетворения потребностей в качественных медицинских услугах всех слоев населения.

**Ключевые слова:** здравоохранение, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, страховые компании, медицинское обеспечение.

#### ANNOTATION

The article tells about the key problems and ways of financing health care, and analyzes the current state of medical insurance in Ukraine. New approaches of mandatory medical insurance introduction in Ukraine were suggested to meet the needs in high-quality medical services required by all social groups.

**Keywords:** health, mandatory health insurance, voluntary health insurance, insurance companies, health care.

**Постановка проблеми.** Актуальність розгляду обов'язкового медичного страхування в Україні полягає в тому, що воно виступає однією із найефективніших форм захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров'ю та життю людини, а також є формою соціального захисту у сфері охорони здоров'я громадян.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Медичне страхування висвітлено у працях таких науковців, як О.В. Баєва, О.Г. Гупало, О.М. Голяченко, О.Н. Литвинова, В.М. Мних, Н.А. Молозіна, Ю.В. Пасічник, А.Л. Свечкіна, О.Г. Сподарева, В.М. Федосов, С.І. Юрій та ін. Однак нині немає єдиних підходів до запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

**Виділення не вирішених частин загальної проблеми.** Незважаючи на значну увагу вчених до медичного страхування, проблема концепції

запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні досі залишається актуальною.

**Мета статті.** Основною метою публікації є обґрунтування необхідності запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, що допоможе збільшити фінансування галузі охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** За станом здоров'я громадян Україна посідає одне із найнижчих рейтингових місць у Європейському регіоні. При цьому одним із визначальних чинників низької якості медичного обслуговування та нерівності громадян у доступі до послуг охорони здоров'я є хронічний фінансовий дефіцит у галузі. Економічна криза в Україні за останні десять років поглибилася, різко зменшилися грошові надходження в бюджет і, відповідно, скоротилися асигнування на охорону здоров'я. Виникла проблема пошуку інших джерел утримання охорони здоров'я. Став необхідним перехід до страхової медицини, яка передбачає використання, окрім коштів державного бюджету, ще й страхові внески громадян [1].

Якісний та кількісний стан медицини є однією із ключових детермінант демографічної ситуації у країні. За даними Світового Банку, серед країн Східної Європи Україна має найнижчий рівень розвитку за макропоказниками, наприклад найнижчий дохід і, відповідно, найнижчі витрати на охорону здоров'я [3].

Щорічно в Україні помирають понад 700 тис. громадян, третина з яких – люди працездатного віку. При цьому смертність від серцево-судинних захворювань є однією із найвищих у світі та становить близько 64% у структурі загальної смертності, а смертність від онкологічних захворювань – 13%. Фактично ці два класи хвороб визначають майже 80% щорічних втрат чисельності населення країни. Такий стан справ визначається багатьма факторами:

– усе ще складною економічною ситуацією у державі, що пов'язана з наслідками світової фінансово-економічної кризи;

– низьким, порівняно з розвинутими країнами Європи, рівнем добробуту населення;

- складною екологічною ситуацією;
- значним поширенням серед українців шкідливих звичок та відсутністю в українському суспільстві культу здорового способу життя;
- низькою якістю медичного обслуговування та нерівністю громадян у доступі до послуг охорони здоров'я [2], а тепер ще і війною з Росією.

Вітчизняна система охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, які розподіляються централізовано відповідно до наявних потужностей закладів охорони здоров'я без врахування обсягу та якості наданих медичних послуг. У діючій системі охорони здоров'я пацієнт розглядається як фактор витрат та стаття видатків.

Значна частка фінансування в Україні (майже 40%) припадає на тіньовий ринок медичних послуг. Натомість медичне забезпечення за рахунок добровільного страхування – незначне і забезпечується видами особистого страхування. У всіх країнах Західної Європи, щоб контролювати витрати і управляти попитом на ліки, які призначаються за рецептом, введена часткова їх оплата. У даний час ця схема здійснюється за такими принципами:

- часткове страхування (хворий оплачує певну частку загальної вартості лікарського засобу);
- фіксована сума (хворий сплачує фіксовану суму за кожен вид товару або за кожне призначення);
- франшиза (хворий оплачує початкові витрати аж до певної суми). Забезпечення хворих людей ліками є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, оскільки сучасна медицина не може існувати без фармакотерапії. При багатьох хворобах саме фармакотерапія призводить до поліпшення стану пацієнта, тобто відповідає за позитивний результат медичного лікування.

Чи не найбільше нерозуміння викликає надання автономії лікувальним закладам. Необхідно підкреслити: ми рухаємося у напрямі децентралізації. Усі лікарні мають навчитися самостійно, ефективно і відповідально розпоряджатися бюджетними коштами. Держава не має змоги і не буде фінансувати застарілу систему ліжкомісць, яка дісталася нам у спадок ще з радянських часів. Медичні заклади зможуть обрати будь-який легальний статус – державне прибуткове чи неприбуткове підприємство, комунальне підприємство (самостійний господарський суб'єкт), та працювати у майбутньому на основі принципу оплати послуг.

Кожна лікарня буде самостійно розпоряджатися бюджетними грошима і легально збирати додаткові доходи замість нинішніх непрозорих благодійних внесків та конвертів з готівкою. Зібрані кошти керівництво лікувального закладу зможе спрямовувати на його розвиток. Невикористані лікарнею кошти не будуть повертатися до бюджету в кінці року. Їх можна буде витрачати у майбутньому. Важливо, що на перехідний період державні та комунальні медустанови будуть звільнені від відрахування частини

прибутку до бюджету, тобто ми максимально полегшимо для них процес реформування [4].

Отже, медичні установи змінять свій правовий статус (за рішенням місцевих органів самоврядування), але залишаться у державній власності. Медична реформа не передбачає приватизації і не дозволяє лікарням займатися іншою діяльністю крім медичної. Вона лише дає можливість лікувальному закладу почати працювати над тим, щоб відповідати очікуванням і пацієнта, і лікаря.

А для того щоб контролювати діяльність лікарень, при закладах будуть створюватися наглядові ради, до яких зможуть входити представники громадськості, які будуть стежити за дотриманням прав пацієнтів. Підготувавши мережу автономних, сучасних, добре фінансованих медичних закладів, що працюють у конкурентному середовищі, ми отримаємо базу для запровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Концепція не означає, що охорона здоров'я стане дорожчою для держави чи для пацієнта. Навпаки, фінансування галузі найближчими роками залишиться на попередньому рівні, однак ці кошти (приблизно 59 млрд грн у 2015 р.) будуть використані більш раціонально [5].

А конкуренція серед медичних закладів за пацієнта дозволить навіть знизити вартість медичних послуг і спрямувати кошти саме на надання послуг, а не на утримання застарілої інфраструктури.

Усі медичні послуги пройдуть тарифікацію, що базується на сучасних клінічних протоколах. Після цього держава (яка виступатиме замовником послуг) буде оплачувати лікарням (надавачам послуг) кошти за надання якісних послуг пацієнтам. Таким чином, з'явиться конкуренція між лікувальними установами – найкращий і найпростіший спосіб підвищити якість медобслуговування.

Отже, медичне страхування передбачає такий підхід до фінансування медичних послуг державою, коли держава перестає бути як їхнім замовником, так і їхнім постачальником.

Досі залишається явною проблемою, що медична документація ведеться у паперовій формі. Електронна медична карта пацієнта (ЕМК) – основний компонент інформаційної системи. У ній повинна зберігатися уся інформація про пацієнта: реєстраційні дані, результати медичних оглядів, антропометричні виміри, лабораторні обстеження і різноманітні графічні дані (УЗД, флюорографія тощо).

Є медичні заклади, які мають багато цікавих рішень, але які не комунікують між собою. ЕМК – єдина медична інформаційна система, де можна було б ділитися медичними документами. Ця система гарантує повну конфіденційність обробки даних, усе відбувається за повної згоди пацієнта. Ця платформа містить інформацію про медичні події, які вже були. Тут є тільки відомості щодо того, де зберігаються медичні документи пацієнта, в яких закладах.

Так, у Польщі планують впроваджувати електронний рецепт та електронний лікарняний. Ця платформа матиме інтернет-сторінку, де буде історія хвороби пацієнта, можна буде записатися до лікаря, замовити медичні довідки, що дуже актуально на даний момент.

Також потрібно впровадити ще один проєкт – систему для обробки статистичних даних. Йдеться про кадри, медичне обладнання, яке є в певному закладі, його потужність і процедури, які можливо здійснити завдяки йому. На основі цієї платформи можна буде залучати інвестиції в ті чи інші заклади, підвищувати кваліфікаційний рівень медичних працівників, розвивати проєкти «Телемедицини», – це робить медицину більш доступною і дешевшою для населення, стимулює професійний розвиток лікарів і має навчальну складову.

Таким чином, можна буде проводити незалежне та правдиве планування фінансування лікувальних закладів, виходячи з обсягу реально наданих ними послуг пацієнтам. А пацієнти, у свою чергу, обираючи медичний заклад там, де їм зручно (незалежно від місця прописки чи проживання), будуть самі вирішувати, який із них вартий державних грошей.

Як відомо, усі попередні роки медичні установи фінансувалися лише на 30% від потреби. Неформальні платежі від пацієнтів – готівка у конверті лікарю – сягають 70%. Якщо легалізувати ці величезні кошти, отримані від населення, українську медицину можна було б модернізувати найшвидшими темпами.

Така реформа змінює сам підхід до оплати праці медичних працівників: вона дає можливість лікарю отримувати достойну платню легально, не принижуючись і не принижуючи пацієнта. В усіх лікувальних закладах замість фіксованої оплати згідно з штатним розкладом буде введено контрактну систему оплати за послуги. Лікарі, залежно від того, скільки пацієнтів будуть їм довіряти і у них лікуватися, будуть отримувати більшу або меншу зарплату, а також зможуть працювати офіційно в декількох медичних установах.

Замість інертного «лікаря на ставку» реформа заохочує того, хто цікавиться пацієнтом, хоче заробляти більше, розвиваючись і удосконалюючи свій професіоналізм.

Щоб нова система охорони здоров'я працювала належним чином, необхідно вдосконалити надання первинної медичної допомоги у поліклініках, амбулаторіях тощо. Адже саме від якості первинної допомоги залежить ефективність використання ресурсів у сфері охорони здоров'я. Неналежна первинна допомога означає додаткові витрати на пацієнта в лікарні, яких можна було б запобігти.

Результатом реформи буде створення медичної одиниці, яка буде фінансуватися напряму замовником послуг та надаватиме первинну допомогу на місці. Реформа не залишить без медичної допомоги жодне селище чи невеликий районний центр.

Натомість діагностичні центри, у тому числі лабораторії, можуть бути приватними та співпрацюватимуть з багатьма лікарнями, надаючи високоякісні сучасні послуги, як це працює в усьому світі. Часи, коли в кожній найменшій поліклініці лаборантки пенсійного віку вручну рахують, скажімо, формулу крові, мають залишитися в минулому.

Сподіваюся, що народні обранці підтримають Міністерство в реалізації медичної реформи. А особливо ті, хто демонструє постійний інтерес до діяльності МОЗ, адресуючи йому сотні і сотні депутатських запитів і звернень. Головне зараз – нарешті розпочати зміни самих засад системи охорони здоров'я. А це неможливо без прийняття Верховною Радою пакету відповідних законопроєктів, які вже зареєстровані в парламенті. Україна більше не може дозволити собі зволікати – занадто високу ціну громадяни щодня платять за відсталу медицину.

Жорсткість вимог до реклами медичних препаратів, розширення списку ліків для продажу за рецептами, а також очікуване скорочення Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення – це перші ознаки початку активної підготовки держави до впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. У структурі собівартості лікування, а значить і в структурі виплати по страховому випадку, вартість ліків посідає 60-70%. Упорядкувавши перелік препаратів, які можна буде включати до обов'язкового страхування, а також систему їхніх продажів і реклами, держава таким чином зможе почати розрахунок оптимальної вартості поліса обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Реалізація обов'язкового медичного страхування дозволить:

- 1) забезпечити конституційні права громадян України на безоплатне надання медичної допомоги відповідно до європейських стандартів;
- 2) кошти, що фінансуються перерозподілити через механізм ОМС на засадах громадського контролю;
- 3) створити умови для залучення інвестицій у систему охорони здоров'я та ОМС;
- 4) зменшити витрати держави на впровадження ОМС та її адміністрування;
- 5) забезпечити додатковий контроль за якістю та ефективністю медичних послуг, що прискорить формування конкурентного ринку медичних послуг та утворення нових медичних закладів різних форм власності;
- 6) досягти загальноекономічного результату за рахунок стимулювання розвитку системи охорони здоров'я.

В умовах обмежених державних ресурсів одним із шляхів вирішення проблем галузі є обов'язкове медичне страхування (ОМС), засноване на принципі соціальної солідарності, яке при його раціональній організації дозволить гарантувати пацієнту надання медичної допомоги на сучасному рівні. Більшість європейських



країн мають систему охорони здоров'я, яка базується на принципах страхування здоров'я більшою або меншою участю уряду у фінансуванні страхових фондів. Приватне страхування забезпечує додаткові види медичних і сервісних послуг. Система охорони здоров'я у цих країнах, на відміну від державної системи, фінансується за допомогою цільових внесків підприємців і працівників, а також бюджетних субсидій із загальних або цільових надходжень.

Принциповою особливістю ОМС є погодження державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами системи.

МОЗ України у серпні 2014 року запропонує Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Мета стратегії полягає у визначенні основних проблем системи охорони здоров'я, стратегічних напрямів та шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи нормативні модифікації та введення нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. Впровадження медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов'язковим. Одним із шляхів покращення фінансового забезпечення в системі охорони здоров'я та полегшення навантаження на бюджет пропонується надходження коштів за рахунок внесків роботодавців на медичне страхування з графі оподаткованого прибутку до графі витрат. Планується також підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів: «Універсальний не страховий пакет» (УНП) (включає профілактичні програми та медичну допомогу, що будуть фінансуватися державою незалежно від місця проживання та фінансової спроможності громадян) та «Державний страховий пакет» (цей пакет забезпечить ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів). На першому етапі МОЗ планує зробити розрахунки для УНП, потім намічено розрахунок бюджетних ресурсів для придбання пакетів послуг для вразливих груп населення. Пацієнти матимуть змогу вільно обирати страхові компанії, що беруть участь в урядовій програмі, держава і страхові компанії мають погодити мінімальний набір послуг та стандарти послуг страхового пакету [5].

Досвід ринку обмеженого добровільного медичного страхування в Україні, що функціонує уже більше як 20 років, може слугувати своєрідним випробувальним майданчиком для впровадження обов'язкового медичного страхування. В Україні на теперішній час існує система добровільного медичного страхування. Щодо обов'язкового медичного страхування, то в країні практично відсутній механізм його здійснення, який передбачено законодавством України, але поки що не розроблене відповідне нормативне забезпечення для його впровадження.

Нині на ринку ДМС працюють близько 30 страхових компаній, середній рівень виплат становить більше 60% страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет [3].

Програми, які пропонують страхові компанії з ДМС, можна поділити на чотири основні категорії:

- поліклінічне обслуговування, у тому числі аптечне;
- стаціонарне обслуговування;
- послуги невідкладної швидкої медичної допомоги;
- стоматологія.

Незважаючи на те, що медичне страхування уже припинило бути ексклюзивною послугою, поліси ДМС, як і раніше, залишаються досить дорогим задоволенням.

Нині українські експерти сперечаються щодо двох моделей ОМС – єдиний страховий фонд (російська модель) чи послуги надаватимуть кілька страхових компаній (СК) (грузинська модель). При цьому повністю запровадити грузинську модель неможливо, оскільки у нас інші вихідні умови – наприклад, набагато більша кількість населення. Обидві моделі мають свої переваги і недоліки. Російська модель передбачає контроль держави – ми в Україні отримали б ще один соціальний фонд Мінсоцполітики. А коли ці послуги віддати страховим компаніям, це може призвести до конкуренції, але вона може бути недобросовісною і компанія збанкрутує. Тут мають діяти жорсткі критерії відбору СК.

Загальна умова позитивного ОМС – цілісність усієї системи, яка передбачає домінування одного каналу надходжень коштів. У класичній моделі ОМС основним джерелом надходжень є податок на заробітну плату, а роль бюджетів усіх рівнів зводиться до виділення порівняно невеликих субсидій. За таких умов обсяг фінансових ресурсів несуттєво залежить від загальних бюджетних надходжень.

Формування джерел фінансування на обов'язкове медичне страхування у західноєвропейських країнах можна умовно поділити на дві групи.

Першу групу становлять країни, де основна частина фондів (50-90%) формується державою. У Великобританії, Ірландії, Данії діють державні системи організації охорони здоров'я, що фінансується із загальних бюджетних надходжень. У Швеції, Ісландії, Фінляндії система охорони здоров'я побудована переважно за принципом соціального страхування, яка фінансується за рахунок цільових внесків на тристоронній основі. При цьому превалюють державні субсидії.

Друга група країн (Німеччина, Франція, Нідерланди, Бельгія, Японія та ін.) – це країни, в яких суспільні фонди охорони здоров'я формуються головним чином за рахунок внесків трудящих і підприємців за мінімальної фінансової участі держави. В усіх країнах цієї групи фонди ОМС перебувають під контролем держави і є частиною державних фінансів.

На сучасному етапі необхідно законодавчо врегулювати з метою впровадження обов'язкового медичного страхування такі моменти: підготувати вітчизняну галузь охорони здоров'я до введення цього виду страхування; розробити нормативно-правове забезпечення, яке б дозволило запобігти зловживанням коштами фонду; провести низку структур змін.

**Висновки.** Для забезпечення безперервності надання медичної допомоги в Україні та підвищення її рівня ОМС пропонується впроваджувати у три етапи:

I етап – підготовчий, передбачає персоналіфікацію населення, розробку та затвердження стандартів лікування, перелік медичних послуг та їхню вартість, реструктуризацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я та прийняття Закону України «Про обов'язкове медичне страхування».

II етап – перехідний, передбачає укладання договорів ОМС, збереження без змін системи фінансування станцій першої невідкладної допомоги, дитячих поліклінік, пологових будинків тощо, а також збереження часткового фінансування за рахунок державних та місцевих бюджетів постійних витрат закладів охорони здоров'я другого і третього рівнів.

III етап – повноцінного функціонування ОМС, передбачає одночасне припинення фінансування системи охорони здоров'я за рахунок держави, крім спеціалізованих закладів запро-

вадження нових розмірів страхових платежів із урахуванням страхового покриття.

Таким чином, тільки після запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, яке доповнюватиметься також добровільним медичним страхуванням, можливе реформування галузі охорони здоров'я, яка матиме соціальну спрямованість, як і проголошено Конституцією України, призведе до зростання сильної та здорової нації і, як наслідок, – сильної та ефективної економіки України.

#### БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Гупало О.Г. Фінансове забезпечення страхової медицини / Гупало О.Г. // Матеріали 2-ої науково-практичної конференції «Система соціально-страхової медичної опіки в Україні». – 1997. – С. 31.
2. Дем'янишин В.Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В.Г. Дем'янишин, Т.Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – № 6. – С. 45-53.
3. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2009. – № 2. – С. 40-41.
4. Шулик Ю.В. Перспективи впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування в Україні / Ю.В. Шулик, Л.В. Дубняк // Наукові записки. Серія «Економіка». – 2013. – Вип. 22. – С. 97-100.
5. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років // Аптека. – 2015. – № 11. – С. 18-21.