

ISSN 2306-4420



Серія:  
Економічні  
науки

# ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

ЧЕРКАСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО ТЕХНОЛОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



**УДК 61:368.9.06**

**МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ РЕФОРМУВАННЯ  
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Заячківська О.В. ст. викладач кафедри фінансів і економіки  
природокористування*

*Національний університет водного господарства і природокористування*

У статті обґрунтовано, що впровадження страхової медицини в Україні є одним із шляхів виходу системи охорони здоров'я з кризи. Наведені факти, які є підставою для переходу до бюджетно-страхової системи фінансування. На основі зробленого аналізу реального стану економіки України, діючої системи охорони здоров'я сформовано конкретні пропозиції по переходу до змішаної бюджетно-страхової-приватної системи фінансування.

В статье обосновано, что внедрение страховой медицины в Украине есть одним из способов выхода системы охраны здоровья из кризиса. Приведенные факты, которые есть основанием для перехода к бюджетно-страховой системе финансирования. На основе сделанного анализа реального состояния экономики Украины, действующей системы охраны здоровья сформировано конкретные предложения по переходу к смешанной бюджетно-страховой-частной системы финансирования.

In the article there is substantiated that one of the ways of health protection system reformation and getting over the crisis is medical insurance introduction. The indicated facts that are the basis for transfer to the budgetary-insurance financial system. On the basis of carried out analysis of real condition of economics of Ukraine and active health protection system there are formed concrete proposals concerning transfer to combined budgetary-insurance-private financial system.

**В умовах формування** ринкових відносин в економіці України сфера охорони здоров'я стає одним із об'єктів дослідження економічної науки. До цього часу дані дослідження торкалися лише окремих проблем галузі. Економічні аспекти охорони здоров'я вивчалися як складові невиробничої або ж суспільно-організаційної сфери. З розвитком суспільства економічні питання охорони і зміцнення здоров'я нації ставали все більш актуальними. Дані дослідження потребували розширення рамок економічних і соціальних наук. Це дає підстави стверджувати, що здоров'я людини – категорія не лише соціальна, а й економічна. І результатом цього, як на нашу думку, стали нові проблеми щодо ціни медичних послуг громадян в сучасних умовах; оцінки ресурсного потенціалу та вивчення їх нових можливих джерел; дослідження потенціалу здоров'я – одного з важливих факторів економічного росту і складової частини національного багатства; визначення ефективного функціонування галузі в ринкових умовах.

**Реформуванням галузі охорони здоров'я** займались ряд вчених [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8 та ін.]. І всі вони, як стверджує О. Ціборовський, на основі проведеного аналізу щодо розуміння, сприйняття і створення системи обов'язкового медичного страхування як основного способу фінансування системи охорони здоров'я прийшли до висновку, що в сучасних умовах до цього не готові ні психологічно, ні фахово більшість адміністраторів, медиків, підприємців, населення України в цілому. Всі розуміють необхідність реформ, але чітко не «уявляють ні їхньої суті, ні механізмів реалізації» [9, с.20].

**Отже, головною проблемою**, що безпосередньо пов'язана з організацією госпрозрахункової діяльності державних медичних закладів, є реформування системи охорони здоров'я, яка залишилась Україні в спадок від колишнього Радянського Союзу. Разом з тим, лише реформування галузі, створення відповідної законодавчої бази щодо охорони здоров'я дасть змогу клієнту вибрати собі заклади чи лікарів для вирішення проблем із здоров'ям (в т.ч. приватні, державні чи ті, що функціонуватимуть за рахунок добровільного страхування).

Однак, враховуючи те, що більшість населення України соціально незахищена, безкоштовна медицина потрібна. Разом з тим, вважаємо за доцільне визначення обсягу безкоштовних медичних послуг проводити пропорційно до реального державного фінансування. Більшість медичних закладів потрібно перевести на часткове бюджетне фінансування (змішане фінансування). Отже, шлях виходу з даної ситуації є впровадження системи медичного страхування.

**Автор ставить перед собою ціль** – обґрунтувати необхідність застосування страхової медицини.

**Для впровадження** системи медичного страхування державою, на нашу думку, повинні бути створені відповідні як економічні, так і правові умови. З приводу впровадження нових форм господарювання і запровадження медичного страхування ведуться дискусії. В даний час нема одностайної думки не тільки вчених, а але й і в законодавчій базі щодо цього процесу.

До Верховної Ради на даний час подані для розгляду законопроекти щодо розвитку медичного страхування (в основному обов'язкового), а саме:

1. Проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» № 4505 від 12.12.2003 р. (Подання І. Франчука) [10].

2. Проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» № 4505-1 від 06.02.2004 р. (Подання І. Шурми) [11].

3. Проект Закону «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» № 3370 від 08.10.2003 р. (Подання М. Поліщука, Р. Богатирьової) [12].

4. Проект Закону «Про загальнообов'язкове медичне страхування» № 3370-1 від 27.01.2004 р. (Подання М. Добкіна, О. Морозова) [13].

5. Проект Закону «Про обов'язкове медичне страхування» № 5655 від 16.06.2004 р. (Подання М. Добкіна, О. Морозова, В. Хомутинікі) [14].

Проте на сьогодні у Верховній Раді зареєстровано три проекти законів, що регулюють обов'язкове медичне страхування.

По-перше, це законопроекти «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» (№ 3370, автори М. Поліщук, Р. Богатирьова) та «Про загальнообов'язкове медичне страхування» (№ 3370-1, автори М. Добкін та О. Морозов). Обидва законопроекти передбачають створення багаторівневої системи фінансування охорони здоров'я. Але незважаючи на те, що законопроект № 3370 містить багато позитивних моментів, деякі позиції (монополізація медичного страхового ринку та неврегульованість фінансових аспектів діяльності учасників системи) роблять його неприйнятним для подальшого розгляду у якості базового законопроекту з медичного страхування. Слід також нагадати, що профільним комітетом для законопроектів 3370 та 3370-1 було призначено Комітет соціальної політики та праці, і як відомо, цей Комітет не підтримав обидва вищезазначені законопроекти.

По-друге, 17.06.2004 році був зареєстрований законопроект «Про обов'язкове медичне страхування» (№ 5655, автори М. Добкін, О. Морозов, В. Хомутинік), відповідно до якого профільним комітетом було визначено Комітет з питань фінансів та банківської діяльності. Цей проект є по суті доопрацьованим законопроектом № 3370-1. Однак, на наш погляд, передача повноважень щодо такого важливого напрямку як страхова медицина Комітету з питань фінансів та банківської діяльності, не зовсім коректне.

Всі вищезазначені факти дають нам підстави стверджувати, що реформування системи охорони здоров'я вкрай необхідне. Однак, на думку Ю. Коваленко, «реформою охорони здоров'я на державному рівні займаються безсистемно» [7, с.4].

Однією із найважливіших проблем після роздержавлення охорони здоров'я є її фінансування. Сьогодні існує чотири можливі організаційні форми функціонування системи охорони здоров'я. Звернемо свою увагу на схему, зображену на рис. 1.



**Рис. 1. Організаційні форми функціонування охорони здоров'я**

На нашу думку, в Україні можливе повноцінне функціонування всіх вищезгаданих варіантів, які так чи інакше пов'язані з джерелами фінансування.

Взагалі фінансування є одним з актуальних питань української системи охорони здоров'я. В центрі уваги економіки охорони здоров'я повинен бути процес переходу від державно-бюджетного фінансування до бюджетно-

страхового. Основне завдання науки при цьому полягає в мінімізації негативних сторін даного процесу. Джерелами фінансування галузі при цьому можуть бути як кошти бюджетів усіх рівнів, так і інші надходження (рис. 2).

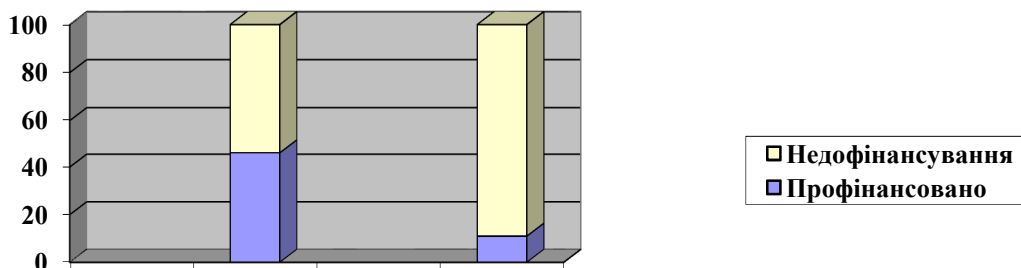


**Рис. 2. Джерела фінансування системи охорони здоров'я**

При цьому зазначимо, що рівень фінансування системи охорони здоров'я безпосередньо залежить не лише від економічного становища в країні і, відповідно, від рівня наповнення загальнодержавного та місцевих бюджетів, але й від особливостей оподаткування доходів, одержаних лікувальними закладами, одержаними від надання платних послуг.

В даний час бюджетні джерела фінансування покривають, в середньому, близько 70% витрат, а внески підприємств, установ складають 10-30% через систему різних страхових фондів [16, с. 33]. При цьому слід мати на увазі, що кошти на покриття затрат на охорону здоров'я, передбачені у державному бюджеті, і фактично виділені галузі Державним казначейством, як правило, різняться в сторону часом суттєвого зменшення. Зокрема, у звітному році згідно даних, наведених Міністром охорони здоров'я, на галузь було виділено 4,2 млрд. грн., але фактично профінансовано на 54% від затвердженого державного та на 89,2% місцевого бюджетів [15, с. 2-3].

Представлена нами на рис. 3 діаграма візуально показує ступінь недофінансування державної медицини в Україні у 2007 році.



**Рис. 3. Структура фінансування медичної галузі України на державному і місцевому рівнях у 2007 році, %**

Наведені вище факти, як на нашу думку, дають підстави вести мову про доцільність переходу до бюджетно-страхової системи фінансування. На сьогодні існує широкий спектр думок щодо вирішення даної проблеми. Не ставлячи за мету їх детальне дослідження, ми обмежились лише аналізом реального стану економіки України, діючої системи охорони здоров'я. На основі цього й сформовано конкретні пропозиції по переходу до змішаної бюджетно-страхової-приватної системи фінансування останньої.

Разом з тим, для надання переходу на страхову медицину процесу незворотності, слід провести децентралізацію лікувально-профілактичних закладів та створити фонди обов'язкового медичного страхування. При належній оплаті праці медперсоналу зростає його соціальна та економічна відповідальність за результати своєї роботи.

Однак, слід зазначити підвищення зацікавленості громадян та підприємств у веденні здорового способу життя, зниженні захворюваності. Для забезпечення належної організації страхової медицини, як на нашу думку, необхідно врахувати:

- співіснування всіх форм медичного страхування (обов'язкове, добровільне, колективне та індивідуальне);

- масовість участі населення в національних програмах обов'язкового медичного страхування;

- структуру та розподіл прав між загальнодержавним та територіальними фондами обов'язкового медичного страхування;

- обов'язковість рівноправності застрахованих;

- визначення спектру безкоштовних медичних послуг в рамках обов'язкового медичного страхування.

Суть першого аспекту полягає в надходженні та витрачанні фінансових ресурсів на лікувально-профілактичну допомогу, обсяг якої передбачається страховим договором. При цьому об'єктом страхування є страховий ризик, безпосередньо пов'язаний із об'ємом затрат на надання медичних послуг. Економічною основою для даного процесу є фонд грошових засобів, з якого і здійснюється оплата медичних послуг. Розмір одноразового внеску пацієнта залежить від попереднього висновку про стан здоров'я та умов, в яких він проживає. Іншими словами, – це вузький аспект системи медичного страхування. Якщо ж брати до уваги більш широке поняття, то тут страхова медицина трактується як система громадської охорони здоров'я, що фінансується із спеціальних страхових фондів. Надходження до останніх відбувається від держбюджету, підприємств та внесків робітників і роботодавців. При обов'язковому страхуванні проходить реструктуризація страхових фондів та акумулювання грошей за територіальним принципом. Система страхової медицини передбачає госпрозрахункову діяльність лікувально-профілактичних закладів, бездефіцитність фінансування та соціальні гарантії для певних прошарків населення. Територіальний страховий фонд виконує роль центральної страхової організації, вступаючи як в правові, так і в фінансові стосунки із своїми клієнтами. Варто зазначити контрольну функцію такої інституції. Територіальний страховий фонд визначає об'єм і визначає належну якість медичних послуг, які надаються. Однак при цьому виникає питання стосовно фінансування безробітних, яке на нашу думку, повинно проводитись з місцевого бюджету. Тобто, система страхової медицини діятиме за принципом: «Здоровий платить за хворого, а багатий за бідного».

Звернемо свою увагу на дві форми медичного страхування: обов'язкове і добровільне. Оскільки перше є загальним та передбачає надання визначеного

обсягу якості медичних послуг, вважаємо за доцільне прийняття такої програми обов'язкового медичного страхування, в якій визначався б об'єм видів послуг при даному виді страхування. Сюди, зокрема, слід віднести:

профілактичний лікарський огляд, діагностика, вакцинація;

протезно-ортопедична допомога;

стоматологічні послуги;

невідкладна медична допомога;

післяопераційний реабілітаційний період;

соціальна медична допомога;

забезпечення медичними препаратами населення, яке користується пільгами.

За умовами добровільного медичного страхування кожен дієздатний громадянин має право застрахуватись самостійно. При цьому він отримує свій страховий поліс. Однак є можливість і страхування робітників суб'єктами підприємницької діяльності. Система добровільного медичного страхування повинна передбачати право вільного вибору установ охорони здоров'я та фахівців з цієї чи іншої проблеми медицини, можливість скористатись нетрадиційними методами лікування, покращити стан свого здоров'я за рахунок різноманітних оздоровчо-профілактичних послуг. Надання останніх стає реальним із врахуванням їх ціни. Тобто відбувається підвищення страхового внеску громадянина.

Умови вільного вибору як медичної установи, так і спеціаліста повинні бути зазначені в концепції територіального страхового фонду. Однак це можливо при укладанні фондом договорів із обраними установами та спеціалістами. Клієнт, отримавши певний обсяг медичних послуг, необхідний для лікування того чи іншого захворювання або ж просто покращання стану здоров'я, представляє рахунок для оплати в територіальний фонд. Після його детального вивчення фонд компенсує витрати застрахованому. При цьому слід врахувати, що при укладанні договору між медичними установами, спеціалістами та страхувальником, тобто територіальним страховим фондом, сума наданих послуг має наперед визначену межу.

При виборі клієнтом спеціалістів чи медичних закладів, які не мають укладених договорів із територіальним страховим фондом, рахунок знову ж таки представляється в страхову інстанцію. Ретельне дослідження дає підстави погашення даного рахунку, але в межах квоти, виділеної на застрахованого. Оскільки в даному випадку немає попереднього узгодження ціни із територіальним страховим фондом, то вартість медичних послуг для пацієнта може бути й високою.

Отже, наведені нами факти дають підстави стверджувати привабливість структурної діяльності системи обов'язкового і добровільного медичного страхування як одного із можливих шляхів виходу із економічної кризи. Однак, при цьому виникає проблема обліку доходів і витрат, зокрема розподілу витрат на оплату між джерелами коштів на їх покриття та встановлення тарифів медичних послуг. Адже, згідно тверджень В. Анісімова

“за експертними оцінками в рамках програми обов’язкового медичного страхування за рахунок власних засобів застрахованого може покриватись не більше 20% вартості лікувально-профілактичних послуг...” [17, с. 47-50]. Відповідно до цього, 80% повинні відшкодувати суб’єкти підприємницької діяльності, що в умовах практично повного роздержавлення та формування реального класу приватних власників не зовсім логічно.

Разом з тим, на сьогоднішній день є ряд перешкод для впровадження в життя даної системи медичного страхування. Головною загрозою функціонування страхової медицини є криза неплатежів, оскільки створювати нову структуру для накопичення боргів немає сенсу. Вважаємо за доцільне вирішення даної проблеми у відміні оподаткування доходів, пов’язаних із наданням медичної допомоги лікувальних закладів усіх форм власності.

Серед інших причин, які гальмують розвиток страхової медицини слід відмітити й те, що в Україні на сьогоднішній день немає досвідчених організаторів даної справи, а також немає розробленої чіткої системи обліку яка відповідала б специфіці такого виду діяльності, адже в рекомендованому для застосування бюджетними установами Плані рахунків важко знайти спосіб відображення операцій з надання платних послуг.

**Вагомим внеском** у розвиток страхової медицини повинна стати національна програма її розвитку з врахуванням територіальних особливостей та затвердженими тарифами медичних послуг. Доцільно було б також розробити окрему програму медичного обслуговування соціально незахищених верств населення. На нашу думку, її фінансування доцільно проводити за рахунок місцевих бюджетів та добровільних внесків.

Всі вищезазначені аргументи дають змогу стверджувати реальну можливість впровадження і функціонування страхової медицини. На нашу думку, цей крок необхідний для виведення сьогоднішньої системи охорони здоров’я з кризи.

#### Література:

1. Бутова В.Г. Методика формулювання областного прејскуранта тарифов на медицинские услуги // Финансы. – 1994. – № 11. – С. 30-34.
2. Голяченко О. Поліклініка – рудимент радянської системи і велике гальмо на шляху реформування української здравоохраны // Медична газета України. – 1998. – № 1. – С. 1-3.
3. Голяченко О. Українська система охорони здоров’я. Безліч питань — обмаль відповідей // Медична газета України. – 1997. – № 13-14. – С. 2.
4. Голяченко О. Чи можлива і потрібна в Україні "бюджетно-страхова медицина"? // Медична газета України. – 1996. – № 8. – С.5.
5. Голяченко О. Як же все таки вивести українську здравоохрану із кризи? // Медична газета України. – 1995. – № 22. – С. 4.
6. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я. – Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997. – 250 с.



7. Коваленко Ю. Здоров'є народа – багатство країни // Медицина України. – 1996. – № 3. – С. 4.
8. Кондратюк С.Я. Позабюджетні надходження медичних закладів держави // Фінанси України. – 2001. – № 8 (69). – С. 71-83.
9. Ціборовський О. Обов'язкове медичне страхування: за і проти (спроба політичного аналізу) // Розбудова держави. – 1996. – № 7. – С. 20.
10. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 12.12.2003 року, № 4505. (Подання І. Франчука).
11. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 06.02.2004 року, № 4505-1 (Подання І. Шурми).
12. Проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» від 08.10.2003 року, № №3370 (Подання М. Поліщука, Р. Богатирьової).
13. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове медичне страхування» від 27.01.2004 року, №3370-1 (Подання М. Добкіна, О. Морозова).
14. Проект Закону України «Про обов'язкове медичне страхування» від 16.06.2004 року, № 5655 (Подання М. Добкіна, О. Морозова, В. Хомутиніка).
15. Бухгалтерський облік і аудит в аптеках. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Облік і аудит»/ За ред. проф. Ф.Ф. Бутинця. – Житомир: ПП «Рута», 2002. – 384 с.
16. Свіриденко А. Добровільне медичне страхування в податковому бухгалтерському обліку підприємства // Податки та бухгалтерський облік. – 2005. – № 90. – С. 33-40.
17. Анисимов В.М. Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения // Финансы. – 1995. – № 5. – С. 47-50.