

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**IMPROVEMENT OF HEALTH INSURANCE SYSTEM IN KHARKOV REGION**

У роботі проведено науково-економічне обґрунтування удосконалення системи медичного страхування Харківського регіону на основі поєднання інтересів суспільства, бізнесу та влади. Проведено узагальнення стратегічних цілей і завдань щодо якісної медичної та соціальної допомоги для кожного громадянина України. Зроблено висновок про те, що у рамках розвитку добровільного медичного страхування у Харківському регіоні доцільно було б створити таку систему медичного страхування, яка б працювала на вирішення питань щодо впровадження системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) та розвитку системи добровільного медичного страхування (ДМС) у регіоні.

Ключові слова: система медичного страхування, охорона здоров'я, регіон, забезпечення, медична допомога.

Постановка проблеми. Охорона здоров'я в Україні сьогодні багато в чому не відповідає принципам, що характеризують її як систему. Існуюча система організації та фінансування охорони здоров'я не забезпечує повного доступу та рівних можливостей населення щодо використання закладів охорони здоров'я. Водночас страховий поліс у країнах із розвинутою економікою надає реальне право вибору страхувальникам як медичної установи, так і безпосередньо лікаря.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблеми, пов'язані з питаннями розвитку медичного страхування, були опрацьовані у дослідженнях багатьох провідних вчених, серед них: Басва О. [1], Внукова Н. [2], Євтушенко Т. [3], Конопліна Ю. [4], Юрій С. [5] та ін.

Але деякі питання щодо формування сучасної системи медичного страхування в Україні, особливо на рівні регіонів, не були опрацьовані повною мірою і потребують більш детального дослідження.

Метою статті є обґрунтування удосконалення системи медичного страхування Харківського регіону, яке базується на основі поєднання інтересів суспільства, бізнесу та влади як усіх зацікавлених гравців на регіональному ринку добровільного медичного страхування.

Виклад основного матеріалу. Існуюча система медичного страхування Харківського регіону потребує кардинальних змін, у першу чергу, на користь споживачів медичних послуг (страхувальників у галузі ДМС), страхових компаній та медичних закладів, які безпосередньо надають медичні послуги населенню Харкова та Харківської області.

Взагалі, система медичного страхування будь-якого регіону більшою мірою залежить від органів регіональної влади та від департаменту, або управління, які безпосередньо займаються питаннями охорони здоров'я населення регіону.

У Харківській області цими питаннями займається Управління охорони здоров'я, яке підпорядковане Харківській обласній державній адміністрації. Цій підрозділ в основному займається питаннями забезпеченості лікарськими засобами населення, проблемами СНІДу, туберкульозу і та ін. Безумовно, ці заходи є надзвичайно важливими для Харківського регіону, але питання, пов'язані з охороною здоров'я населення та розвитком добровільного медичного страхування (ДМС), є недостатньо опрацьованими та потребують пильної уваги з боку органів регіональної влади.

На рівні міста питаннями охорони здоров'я займається Департамент охорони здоров'я, який поєднує зусилля з Департаментом праці та соціальної політики, громадською організацією «Центр «Рівне право на життя», громадською організацією «Академія енергоінформаційних технологій і розвитку людини», Асоціацією громадських організацій із захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації» у вирішенні проблеми збереження та зміцнення здоров'я харків'ян [6].

Сьогодні при побудові комплексної системи медичного страхування головним і визначальним чинником повинне стати поєднання державного та приватного фінансування медичного страхування, поділеного на чотири рівні: базовий, основний, сервісний та суспільно-солідарний.

На думку [7], системний підхід щодо розвитку медичного страхування передбачає розгляд медичного страхування як єдиного цілого та складної соціально-економічної системи (рис. 1).

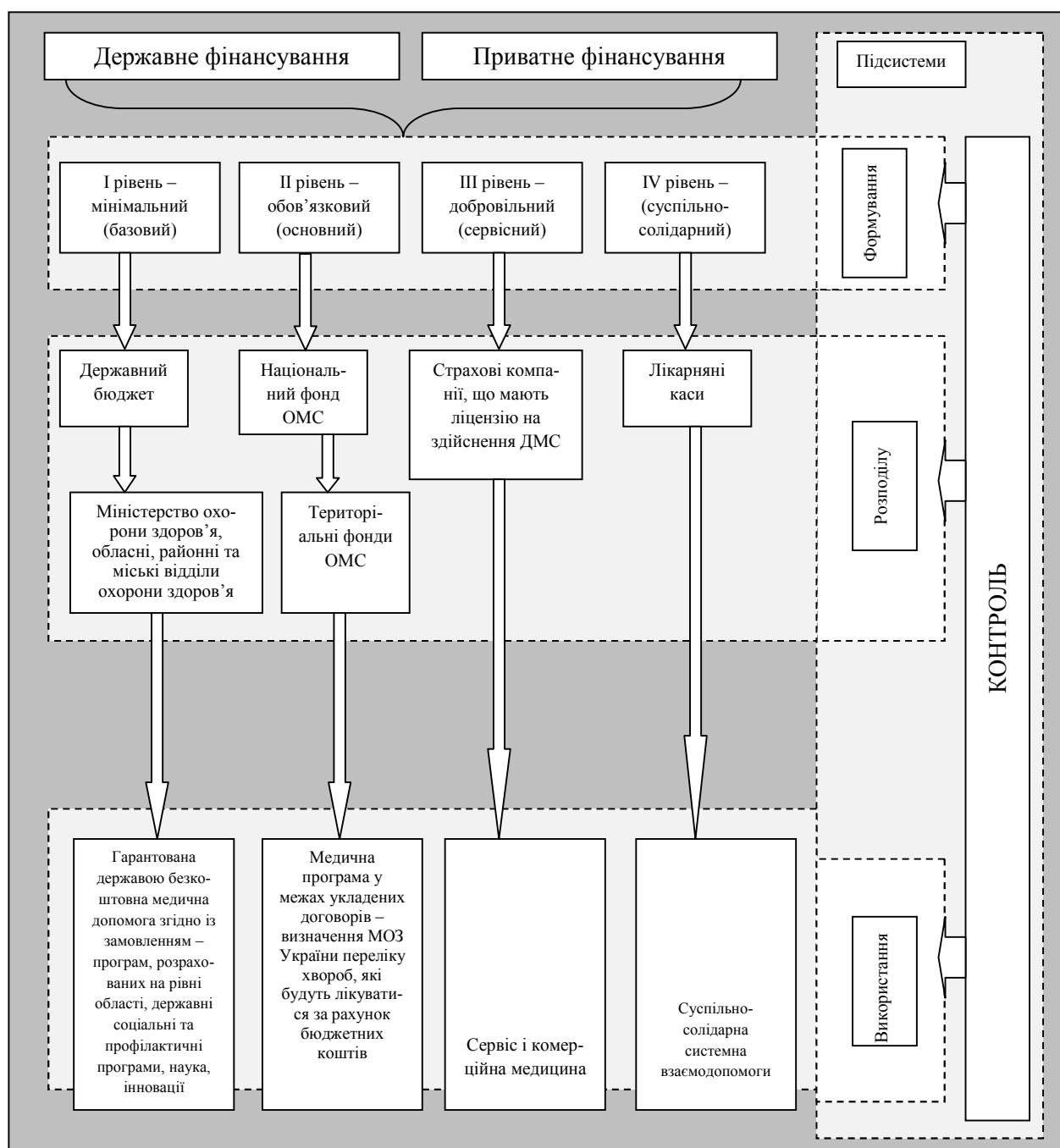


Рис. 1. Система медичного страхування (розроблено автором на основі [8])

Сьогодні на рівні регіону вкрай важливим є побудова такої системи медичного страхування, яка б враховувала всі реалії сьогодення у галузі охорони здоров'я, соціального захисту та підвищення якості життя пересічних громадян.

Як вже зазначалося раніше, Харківський регіон має певні особливості, пов'язані з інтелектуальним рівнем населення та досвідченістю у соціальних питаннях. Це надає певні переваги для вибору громадян, де і як лікуватися та вирішувати користуватися послугами добровільного медичного страхування (ДМС), чи ні.

ДМС є видом медичного страхування, яке в змозі потужно впливати на якість медичних послуг та на розвиток системи охорони здоров'я взагалі. Але на шляху розвитку ДМС в Україні є ряд перешкод, які обумовлені певними чинниками, серед них:

- невизначеність правового статусу й перспектив медичного страхування на загальнодержавному рівні;

- недостатня увага органів регіональної влади до розвитку медичного страхування;
- низькі доходи населення, рівень яких безпосередньо впливає на турботу щодо власного здоров'я;
- висока вартість страхових полісів, що робить їх недоступними для широкого кола страхувальників та певних верств населення.

Основна причина цих перешкод полягає в тому, що населення України вважає, що піклуватися про здоров'я громадян повинна, у першу чергу, держава, а не вони самі. На думку населення України, основними причинами, які негативно впливають на розвиток ДМС, є:

- недосконалість українського податкового законодавства, за яким підприємства змушені сплачувати страхові платежі щодо ДМС з прибутку;
- низький рівень якості медичної допомоги й погані умови перебування пацієнтів (споживачів послуг ДМС) у медичних закладах, що зумовлено недоліками та обмеженістю з боку держави фінансування закладів охорони здоров'я;
- нерегламентованість мінімально необхідного обсягу медичної допомоги;
- відсутність необхідного досвіду проведення медичного страхування у вітчизняних страхових компаній;
- приділення недостатньої уваги розробці ефективних маркетингових стратегій розвитку добровільного медичного страхування, що мають включати товарну стратегію, цінову стратегію, стратегію просування страхового продукту.

Крім вищезазначених існуючих проблем, на думку населення України, ще є загальнодержавні проблеми, серед них:

- політична та економічна нестабільність;
- низький рівень доходів населення;
- непослідовний підхід до реформування соціального сектора та системи охорони здоров'я;
- відсутність оптимальної податкової політики, яка б стимулювала розвиток медичного страхування;
- недооцінка ролі недержавних фінансових інститутів тощо.

Сьогодні є певна необхідність для створення системи суспільної охорони здоров'я, а саме, розробки та впровадження механізму об'єднання коштів для окремих верств населення, які сплачуватимуться в межах обов'язкового і приватного медичного страхування, розробки та впровадження особистих медичних депозитних рахунків на медичну допомогу з механізмами пайової участі держави для окремих верств населення, покриття державою медичних витрат людей, які не в змозі робити відрахування, що дасть можливість зберегти універсальність охоплення медичними послугами всіх верств населення.

На наступному етапі для впровадження ефективної системи медичного страхування в Україні необхідно змінити систему фінансування охорони здоров'я населення. Сьогодні вкрай бракує бюджетних коштів на розвиток медицини. У зв'язку з цим доцільно було б здійснювати фінансування охорони здоров'я з використанням особистих внесків громадян і цільових внесків підприємців, про що свідчить досвід розвинених країн світу. Цьому в більшості сприятиме розвиток добровільного медичного страхування.

На думку автора, доцільним є зменшення вартості програм ДМС для фізичних та юридичних осіб за рахунок:

- франшиз на лікарів (20-50 % від вартості консультації страхувальник може сплачувати сам);
- сублімітів на ліки (безлімітне забезпечення ліками коштує дорожче, ніж з сублімітами у 2000 грн.);
- виключення брендів клінік класу люкс (A+);
- виключення приватних стаціонарів (як правило, палати в брендів клініках зайняті або зарезервовані, і все одно доведеться мати справу з відомчими лікарнями).

Удосконалення регіональної системи медичного страхування повинне здійснюватися у двох напрямках:

1-й напрям – сприяння органами регіональної влади прийняття закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування», відповідно до якого система медичного страхування складається з трьох рівнів:

- ✓ Перший рівень – солідарна система загальнообов’язкового медичного страхування, що базується на принципах солідарності, субсидування та здійснення страхових виплат за рахунком коштів Фонду медичного страхування.
- ✓ Другий рівень – накопичувальна система загальнообов’язкового медичного страхування, що базується на засадах накопичення коштів застрахованих осіб у Накопичувальному страховому фонді та здійснення фінансування витрат на оплату укладення договорів довічного медичного страхування та страхових виплат.
- ✓ Третій рівень – система недержавного медичного страхування, що базується на принципах добровільної участі громадян. Перший і другий рівні системи медичного страхування становлять систему обов’язкового медичного страхування. Другий і третій рівні – систему накопичувального страхування.

2-й напрям – розвиток системи добровільного медичного страхування (ДМС) у регіоні. Сьогодні за умови відсутності ОМС в Україні розвиток ДМС є вкрай важливим і повинен складатися з трьох послідовних рівнів:

- ✓ Перший рівень – розробка та впровадження програми ДМС у регіоні, яка повинна ґрунтуватися на принципі страхової солідарності, зміст якої полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, що визначаються страховим договором згідно зі сплаченим страховим платежем.
- ✓ Другий рівень – участь регіональних бюджетів у медичних програмах страхування.
- ✓ Третій рівень – контроль з боку органів регіональної влади за рівнем надання медичної допомоги особі, яка склала договір ДМС.

Як вже було зазначено, у рамках розвитку ДМС у Харківському регіоні доцільно було б створити таку систему медичного страхування, яка б працювала на вирішення питань щодо впровадження системи обов’язкового медичного страхування (ОМС) та розвитку системи добровільного медичного страхування (ДМС) у регіоні.

Поєднуючи думки експертів щодо розвитку ДМС у Харківському регіоні та враховуючи його певні особливості, удосконалення існуючої системи медичного страхування повинне проводитися за трьома основними напрямками:

- підвищення рівня якості життя населення у регіоні та рівня його доходів для можливості користуватися медичними послугами;
- удосконалення ціноутворення страхових послуг у галузі ДМС та підвищення ефективності фінансової регіональної стратегії СК у галузі ДМС;
- підвищення рівня зайнятості населення у регіоні.

Розвиток ДМС у Харківському регіоні, який має потужний промисловий і комерційний потенціал, піде на користь усім учасникам взаємодії щодо покращення умов ДМС. Удосконалена система добровільного медичного страхування Харківського регіону зображена на рис. 2.

Важливим елементом системи добровільного медичного страхування є фінансова складова, яка повинна забезпечувати підвищення ефективності формування та використання фінансових ресурсів ДМС.

У її структурі джерелами фінансових ресурсів повинні стати кошти роботодавців (підприємства, середній та малий бізнес), банківських організацій, населення, державного та місцевого бюджетів.

Особливої уваги потребує запровадження територіального фонду добровільного медичного страхування у Харківському регіоні. Такий територіальний фонд ДМС повинен стати координатором надходження й витрачання коштів, організація такого фонду дасть змогу підвищити рівень контролю за коштами з боку страхувальників, підприємств, середнього та малого бізнесу та банківських організацій.

Регіональне агентство медичного страхування, яке створено на базі Обласної спілки страховиків, є організацією, яка повинна мати правасамоврядування, але держава має ухвалювати базові документи, що повинні регулювати дії регіонального агентства медичного страхування (бізнес-план, щорічні звіти), і має право за необхідності проводити аудит в агентствах медичного страхування.

Постачальники медичних послуг можуть бути представлені сукупністю медичних закладів державної і приватної форм власності. Вони, у свою чергу, будуть вступати у договірні відносини з регіональним агентством медичного страхування та відшкодовувати їм витрати за медичні послуги, надані пацієнтам (платежі третій стороні).

Безумовно, сьогодні в Україні добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності, тому до інтересів страховиків, насамперед, відносяться: отримання прибутку

шляхом максимізації страхових платежів та мінімізації страхових виплат, формування збалансованого страхового портфеля та зниження вартості медичних послуг, що, у свою чергу, буде дуже корисним для споживачів медичних послуг.



Рис. 2. Удосконалена система добровільного медичного страхування Харківського регіону
(розроблено автором)

Вигода у розвитку ДМС у Харківському регіоні очевидна, у першу чергу, для роботодавців, тому що при укладанні договору медичного страхування на користь своїх працівників він прагне забезпечити стабілізацію процесу відтворення робочої сили та зменшення витрат на лікування працівників і можливість включення внесків з ДМС у собівартість продукції (послуги).

Ні для кого не є таємницею, що багато медичних закладів не мають зацікавленості у розвитку страхової медицини взагалі. Але вони завжди мають на меті залучення нових клієнтів і взагалі отримання постійного їх потоку та максимальний рівень оплати медичних послуг, а також, що є достатньо привабливим, підвищення престижу та створення певного іміджу медичного закладу. Але, на жаль, сьогодні на вітчизняному ринку ДМС нерідко трапляються випадки шахрайства. Так, лікарі та працівники лікарень, діагностичних центрів і клінік можуть виставляти рахунки за процедури, які фактично не проводилися, списувати медикаменти та оформлювати документи про відвідування пацієнтом клініки. Також застрахованим можуть назначати найдорожче лікування, непотрібні медичні препарати та дорогі обслідування, без яких можна обійтися. Трапляються випадки, коли здоровим людям ставлять неправильні діагнози [9]. Але, все ж таки, у сьогоднішніх реаліях розвиток регіональної системи ДМС піде на користь медикам у першу чергу.

Застраховані особи – споживачі медичних послуг є найбільш зацікавленими в добровільному медичному страхуванні. Вони отримують від нього найбільше користі, тому що вони мають тверду гарантію надання й оплати медичної допомоги, зменшують власні витрати на лікування, отримують комплексну страхову послугу, яка забезпечує всім необхідним для відновлення та підтримки здоров'я, та мають можливість превентивного лікування в рамках договору ДМС.

Протягом доволі тривалого періоду банки України не приділяли належної уваги кредитуванню соціальних програм. Це пояснюється, у першу чергу, значними кредитними ризиками. Але сьогодні банківські організації можуть бути зацікавленими у співпраці з підприємствами, середнім та малим бізнесом у сфері пільгового кредитування їх для розвитку регіональної системи медичного страхування (сьогодні мова йде тільки про ДМС). Механізм цієї співпраці повинен спиратися на чинне законодавство та взаємовигідне партнерство для розвитку регіональної системи ДМС. Порядок обслуговування банківськими організаціями підприємств, середнього та малого бізнесу (учасників територіального фонду ДМС) має певні особливості та проводиться, як і будь-яке інше кредитування, за певними етапами. Кожен з етапів передбачає певні процедури. У свою чергу, процедури передбачають виконання певних фаз контрольно-аналітичної роботи: тримання та аналіз пакету документів від клієнта; проведення інтерв'ю з представником потенційного клієнта-позичальника; аналіз кількісних та якісних показників фінансового стану та конкурентоспроможності клієнта-позичальника; структурування кредиту; підготовка та укладення кредитного договору; контроль за використанням кредиту.

Що стосується взагалі взаємовідносин між банками та страховими компаніями, то входження банківу страховий бізнес породжує ряд нових явищ: загострення суперництва, яке йде на користь клієнтам як з огляду на цінову конкуренцію, так і на підвищення сервісу; на базі нового і додаткового для себе продукту банки можуть тісніше «прив'язати» до себе клієнтуру. Подібна співпраця об'єктивно вимагає не лише взаємної лояльності, а й певного рівня доброзичливості і партнерства. Необхідно враховувати, що на банківські продукти існує активний попит, який є вищим, ніж на страхові, а тому коефіцієнт корисної дії при безпосередньому контактуванні з клієнтом через банки значно зростає.

Для розвитку ДМС у Харківському регіоні доцільним є фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зменшення страхових випадків.

Законодавством України, на жаль, не передбачено формування страховими компаніями резерву превентивних заходів з охорони здоров'я населення. Тобто, законодавчо обмежується використання потенціалу превентивної функції страхування як засобу впливу на ризики з метою зменшення ймовірності їхнього прояву.

У зв'язку з цим, у структуру страхових тарифів з медичного страхування, особливо ДМС, доцільно ввести обов'язковий елемент «витрати на проведення превентивних заходів», які передбачатимуть фінансування послідовного і регулярного медичного обстеження вразливих верств населення з метою виявлення і своєчасного лікування різних захворювань, а також для профілактики загострення хронічних захворювань і ускладнень, що дозволить, в свою чергу, знизити рівень захворюваності та смертності, а отже – підвищити соціальну ефективність добровільного медичного страхування (ДМС).

При розробці заходів масової профілактики захворювань дуже важливий етап – підготовка розробки самої програми. Для підготовки розробки програми необхідно, у першу чергу, уявляти, які результати будуть отримані; визначити та передбачити заходи та засоби, які можуть бути використані для досягнення результатів; визначити економічний і соціальний ефект від її розробки та впровадження.

Величезну роль в удосконаленні регіональної системи добровільного медичного страхування Харківського регіону відіграють органи регіональної влади та відповідні управління охороною здоров'я населення. Вони повинні створювати бюджетну підтримку цьому напрямку розвитку охорони здоров'я в Україні та здійснювати важливу контролюючу функцію у галузі розвитку обов'язкового медичного страхування (ОМС) та добровільного медичного страхування (ДМС), яке на сьогоднішній час є єдиним видом страхування здоров'я громадян.

Висновки. Проведене науково-економічне обґрунтування удосконалення системи медичного страхування Харківського регіону базувалося на основі поєднання інтересів суспільства, бізнесу та влади як усіх зацікавлених ігроків на регіональному ринку добровільного медичного страхування. Доведено роль органів регіональної влади та відповідних управлінь охороною здоров'я населення в удосконаленні регіональної системи добровільного медичного страхування, основною метою яких повинне бути створення бюджетної підтримки цьому напрямку розвитку охорони здоров'я в Україні.

Список використаної літератури

1. Басва О. Аналіз соціально-економічного досвіду із запровадження страхової медицини / О. Басва // Персонал. – 2007. – №3. – С. 72–76.
2. Внукова Н. М. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І. Успенкота ін. ; за заг. ред. д.е.н. Н. М. Внукової. – 2-ге вид., перероб та доп. – Харків : Бурун Книга, 2009. – 656 с.

3. Евтушенко Т. П. Моделирование системы управления медицинским страхованием : дис. ... канд. экон. наук: 08.04.01 – Финансы, денежное обращение и кредит / Т. П. Евтушенко.– Донецк, 2002. – 164 с.
4. Конопліна Ю. С. Соціальне страхування : навч. посіб. / Ю. С. Конопліна. – Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. – 224 с.
5. Юрій С. І. Соціальне страхування / С. І. Юрій, М. П. Шаваріна, Н. В. Шаманська : підручник. – К. : Кондор. – 2006. – 464 с.
6. Офіційний сайт Харківської міської ради [Електронний ресурс] / Департамент охорони здоров'я.– Режим доступу :<http://www.city.kharkov.ua/?page=docs/showdoc.php&id=409>
7. Свечкіна А. Л. Розвиток медичного страхування в Україні : системний підхід / А. Л. Свечкіна, О. Г. Сподарева // Бізнес-Інформ. – 2014. – № 1. – с. 173–178.
8. 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.
9. Богуславський Є. І. Медичне страхування в Україні : проблеми та перспективи / Є. І. Богуславський, Ю. С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля : право та економіка. – 2008. – № 4. – С. 83–86.

References

1. Bayeva, O. (2007), "The analysis of socio-economic experience with the introduction of health insurance" ["Analiz sotsial'no-ekonomichnoho dosvidu iz zaprovadzhennya strakhovoyi medytsyny"], *Personal*, No. 3, pp. 72–76.
2. Vnukova, N. M., Vremenko, L. V., Uspalenko, V. I. et al. (2009), *Insurance : theory and practice [Strakhuvannya: teoriya ta praktyka]*, 2nd ed., Burun Knyha, Kharkiv, 656 p.
3. Yevtushenko, T. P. (2002), *Modeling of the system of health insurance management [Modelirovaniye sistemy upravleniya meditsynskim strakhovaniyem : thesis for Ph. D. in Economics: 08.04.01 – Finance, money circulation and credit, Donetsk, 164 p.*
4. Konoplina, Yu. S. (2008) *Social insurance [Sotsial'ne strakhuvannya]*, VTD «Universytets'ka knyha», Sumy, 224 p.
5. Yuriy, S. I., Shavarina, M. P., Shamans'ka, N. V. (2006), *Socialinsurance [Sotsial'ne strakhuvannya]*, Kondor, Kyiv, 464 p.
6. Official site of Kharkiv city council [Ofitsiynyy sayt Kharkivs'koyi mis'koyi rady], available at:<http://www.city.kharkov.ua/?page=docs/showdoc.php&id=409>
7. Svechkina, A. L., Spodareva, O. H. (2014), "Development of medical insurance in Ukraine : a systematic approach" ["Rozvytok medychnoho strakhuvannya v Ukrayini : systemnyy pidkhid"], *Biznes-Inform*, No. 1, pp. 173–178.
8. Dem'yanyshyn, V. H., Sitash, T. D. (2011), "The model of health care financing: conceptual bases and alternatives" ["Model' systemy finansuvannya okhorony zdorov'ya : kontseptual'ni zasady y al'ternatyvy"], *Finansy Ukrayiny*, No. 6, pp. 45–53.
9. Bohuslavs'kyy, Ye. I., Shybalkina, Yu. S. (2008), "Health insurance in Ukraine : problems and prospects" ["Medychne strakhuvannya v Ukrayini : problemy ta perspektyvy"], *Zovnishnya torhivlya: pravo ta ekonomika*, No. 4, pp. 83–86.

O. Vorononina

IMPROVEMENT OF HEALTH INSURANCE SYSTEM IN KHARKOV REGION

The paper provides scientific and economic basis for improving health insurance in Kharkov region through uniting of the interests of society, business and government. Strategic objectives and tasks for the quality of health and social care for every citizen of Ukraine are generalized. The author states that for the development of voluntary health insurance in Kharkov region it isadvisable for insurance companies to finance preventive measures aimed at reducing of insurance claims. It is proved that the modernization of health sector is not possible without private sector involvement. Only bringing together financial and organizational efforts of government and business enables not only to break the "deadlock", but also to make innovative breakthrough with the integration of the interests of state, business and patient. The form of such cooperation can become a public and private partnership in health sector. It is concluded that within the development of voluntary health insurance in Kharkov region it would be appropriate to create a health insurance system that would work on issues regarding the introduction of compulsory medical insurance and the development of voluntary medical insurance in the region.

Keywords: *health insurance system, health care, region, support, medical assistance.*