

## МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

© Бідник Н.Б., 2013

**Визначено основні проблеми системи охорони здоров'я в Україні та запропоновано шляхи вирішення цих проблем. Охарактеризовано основні моделі медичного соціального страхування у розвинених країнах, проаналізовано їх переваги та недоліки. Запропоновано заходи, які сприятимуть покращенню медичного забезпечення і розвитку медичної галузі та медичного страхування.**

**Ключові слова:** медичне страхування, система охорони здоров'я України, добровільне медичне страхування, моделі медичного соціального страхування.

N. Bidnyk

Lviv Polytechnic National University

## MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE

© Bidnyk N., 2013

**The article outlines the main problems of health care system in Ukraine and suggests ways to solve these issues. The basic models of medical social insurance in developed countries are described, their advantages and disadvantages are analyzed. Also this article proposes measures which would improve health care and the development of health care sector and medical insurance.**

**Key words:** medical insurance, health care system in Ukraine, voluntary medical insurance, models of medical social insurance.

**Постановка проблеми.** Медичне страхування – це гарантія на кваліфіковане медичне обслуговування, матеріальне забезпечення у разі захворювання громадян. Міжнародні експерти оцінюють стан системи охорони здоров'я України незадовільним. Це пов'язано з недостатнім фінансуванням медичної галузі з боку держави, відсутністю законодавчого регулювання медичного страхування, з низьким рівнем якості медичних послуг, застарілим медичним обладнанням, з неконтрольованим зростанням цін на медичні послуги та фармацевтичну продукцію. Звичайно, медичні послуги не можуть бути дешевими, оскільки медична галузь потребує значних коштів, проте не усі громадяни мають можливість оплачувати ці послуги і, як результат, отримувати належне медичне забезпечення. Саме тому медичне страхування має сприяти вирішенню цих проблем. Проте добровільне медичне страхування в Україні не набуває популярності через високі страхові внески, а обов'язкове медичне страхування держава вже роками не може впровадити. Проблеми у медичному страхуванні для України і кожного громадянина є дуже актуальними і потребують негайного вирішення.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідженням проблем медичного страхування займалось багато відомих учених-економістів, таких як О. Виноградова, Е. Писанець, М. Поліщук, В. Рудий, О. Сидорчук, Л. Сизоненко, В. Черкесова, В. Черненко. За останні роки було висунено на розгляд безліч законодавчих проектів, що стосуються медичного страхування, проте жоден з них не був прийнятий. Також досі в Україні не обрана модель соціального страхування та не створена система медичного страхування.

**Мета роботи** – вивчити законодавче забезпечення медичного страхування, проаналізувати моделі медичного соціального страхування, порівняти медичне забезпечення в Україні та за кордоном, визначити переваги та недоліки запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Згідно зі статтею 49 Конституції України, держава гарантує громадянам країни безкоштовну медичну допомогу у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та передбачає, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних програм. Попри це стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний. Про це свідчить зменшення кількості населення з 52 млн. у 1991 р. до 48 млн. у 2011 р. До 2030 р. в Україні може залишитися лише 30 млн. осіб, згідно з прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо демографічної ситуації в Україні. Також в Україні значно нижча тривалість життя населення порівняно з тривалістю життя населення у зарубіжних країнах (табл. 1).

Таблиця 1

**Порівняння середньої очікуваної тривалості життя населення України та зарубіжних країн у 2009 р.**

Країни	Очікувана тривалість життя	
	чоловіки	жінки
Україна	62 р. 9 м.	73 р. 10 м.
Франція	77 р. 7 м.	84 р. 8 м.
Польща	71 р. 4 м.	79 р. 9 м.
Нідерланди	77 р. 9 м.	82 р.
Росія	60 р. 3 м.	73 р. 2 м.

У табл. 2–3 наведено найрозповсюдженіші захворювання та причини смертності.

Таблиця 2

**Показники здоров'я населення України та країн Європейського Союзу у 2010 р.**

Показники	Україна	ЄС
Смертність на 1000 населення	16,6	9,3
Очікувана тривалість життя, років	68	79
Очікувана тривалість життя чоловіків	62,4	76
Очікувана тривалість життя жінок	73	82
Захворюваність на туберкульоз, на 100000 тис. населення	84	15,1
Смертність від туберкульозу, на 100000 тис. населення	22	1
Захворюваність на ВІЛ, на 100000 тис. населення	29	5,4

Таблиця 3

**Інфраструктура охорони здоров'я у 2010 р.**

Показники	Польща	Німеччина	Україна
Смертність	9,8	5	14,2
Дитяча смертність (на 1000)			
Основні причини смертей (%)	49,6	47,2	59
Захворювання органів кровообігу			
Злоякісні новоутворення	19	25	13
Нещасні випадки, травми та отруєння	5,9	3,6	10
Захворювання дихальних шляхів	3,1	5,9	6
Захворювання системи травлення	3,2	4,7	1
Лікарі на 1000 населення	2,7	2,9	4,4
Лікарняні ліжка на 1000 населення	5	7	10

Такий критичний стан здоров'я громадян пов'язаний насамперед з проблемами у системі охорони здоров'я України. До основних проблем існуючої системи охорони здоров'я в Україні можна зарахувати: недостатнє фінансування системи охорони здоров'я України, неефективність структури медичного обслуговування, низька якість медичних послуг та медичної допомоги, низька якість та високі ціни на фармацевтичну продукцію.

Недостатнє фінансування системи охорони здоров'я вважається однією з основних проблем національної системи охорони здоров'я. На рис. 1 зображена динаміка витрат Державного бюджету на охорону здоров'я, і за останні роки спостерігається, начебто, позитивна тенденція.

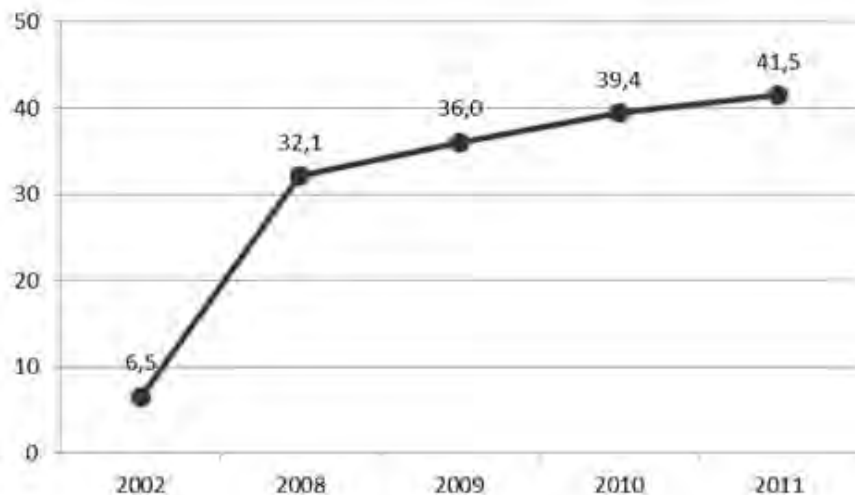


Рис. 1. Витрати Державного бюджету України на охорону здоров'я у 2002–2011 рр.

Проте 85 % від усіх витрат на охорону здоров'я припадає на заробітну плату медичних працівників. При цьому середня зарплата лікаря становить 1600 грн. Чи можуть 15 % витрат бюджету забезпечити належний рівень медичного забезпечення та ще й сприяти розвитку галузі залишається риторичним питанням.

Всесвітня організація охорони здоров'я дає чіткі критерії щодо фінансування медицини: воно має бути не меншим від 5 % від ВВП. Якщо відсоток нижчий, вважається, що цієї галузі в країні не існує. Українська медицина сьогодні фінансується лише 3,4 % від ВВП. За даними ВООЗ, світовим лідером за загальними витратами на охорону здоров'я є Сполучені Штати Америки, які на медицину витрачають близько 16 % від ВВП (табл. 4).

Звичайно ж за такого низького фінансування держава не може забезпечувати належний медичний захист, тому в безкоштовній медицині все частіше з'являються платні медичні послуги, а наростання платності набуває хаотичного та неконтрольованого характеру.

Одним зі шляхів вирішення проблемної ситуації може бути зміна зобов'язань держави щодо надання безкоштовних медичних послуг населенню. У деяких країнах Центральної та Східної Європи встановили певну вартість медичних послуг. В Естонії огляд лікаря становить приблизно 0,4 \$. У Чехії з 1997 р. введено плату за лікарняне обслуговування у розмірі 2,3\$ за день перебування у лікарні та оплату швидкої допомоги – приблизно 2 \$ за виклик. У Польщі та Румунії введені платні ліки. У Латвії у 1995 р. уряд прийняв постанову про встановлення часткової оплати медичних послуг (до 25 %). Безкоштовними у країні залишається медична допомога дітям та інвалідам, а також невідкладна допомога. З 1995 р. у Грузії скасовано право на безкоштовну медицину через нестачу коштів. Майже усі медичні заклади були переведені на самофінансування. Держава забезпечує фінансування медичних послуг лише соціально незахищених верств населення, а також послуги пологових будинків та лікування дітей [1].

## Основні економічні дані про охорону здоров'я за 2010 рік

Показники	Польща	Німеччина	Україна	США
Населення (млн. осіб)	37	81	48,5	264
ВВП (млрд. доларів США)	159,1	2100	44,45	7298
ВВП на душу населення (доларів США)	4056	25 559	872	27 538
Видатки на охорону здоров'я (млн. доларів США)	7500	241 500	863	896 526
Видатки на охорону здоров'я (% від ВВП)	7,5	11,5	3,4	16
Видатки на охорону здоров'я на душу населення (доларів США)	195	2941	18	3580
Загальні державні видатки на лікарські засоби (млрд. доларів США)	2,1	30,2	0,4	80
Видатки на лікарські засоби (% від ВВП)	2,6	1,9	0,1	1,8
Видатки на лікарські засоби (% від видатків на охорону здоров'я)	22	12,9	14	7,5
Видатки на лікарські засоби на душу населення (доларів США)	57	394	2,9	331

Ще однією доволі вагомою проблемою є неефективність структури медичного обслуговування. Кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок в Україні є надлишковою. Чисельність стаціонарів більше ніж у 2 рази перевищує аналогічний показник у країнах Європи, а це призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичного забезпечення (рис. 1). Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності усіх лікарень становить 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається доволі високою — 9,73, за даними Держкомстату, що в 1,7 рази перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 рази — у європейському регіоні загалом (рис. 2) [2]. У результаті цього рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання, у 43,2 % — надання медичної допомоги відбувається на вищих, ніж необхідно, рівнях.

Вирішенням цієї проблеми може бути реструктуризація лікувальних закладів з урахуванням потреб кожного регіону. Збільшення профілактичних закладів (первинної допомоги), а не лікувально-стаціонарних (вторинної допомоги).

Дуже болючою проблемою для України є низька якість медичних послуг та медичної допомоги. За даними експертних оцінок, рівень якості медичної допомоги є дуже низький. Населення незадоволене якістю наданих їм послуг, щодня 30 % діагнозів ставиться неправильно, у деяких випадках неправильно лікування призводить до летальних наслідків. У державних медичних закладах техніка застаріла на 60–70 %, обладнання використовується 20–25 років, що у 2–3 рази перевищує можливий термін його використання. Найбільше це стосується рентгенівської, наркозо-дихальної техніки, лабораторного та дезінфікаційного обладнання.

Впродовж останніх років населення усе частіше починає звертатись до приватних клінік за медичними послугами. В Україні платну медичну допомогу надають такі служби невідкладної допомоги та приватні клініки: “Медіком”, “Борис”, “Вітацел”, “Медея”, “Дитина”. Також відкривається багато приватних діагностичних центрів, лабораторій, стоматологічних кабінетів. Послуги, які пропонують медичні лабораторії, включають величезний спектр досліджень, зробити, які у державних клініках неможливо, або необхідно чекати місяцями в черзі. Це швидка діагностика TORCH-інфекцій, наркологічні дослідження, гормональні дослідження, дослідження інфекцій, імунологічні дослідження, ревматологічні дослідження тощо. Також аналізи у приватних клініках приймаються цілодобово, на відміну від державних лікарень, їх здавати можна не тільки в клініці, але й удома.

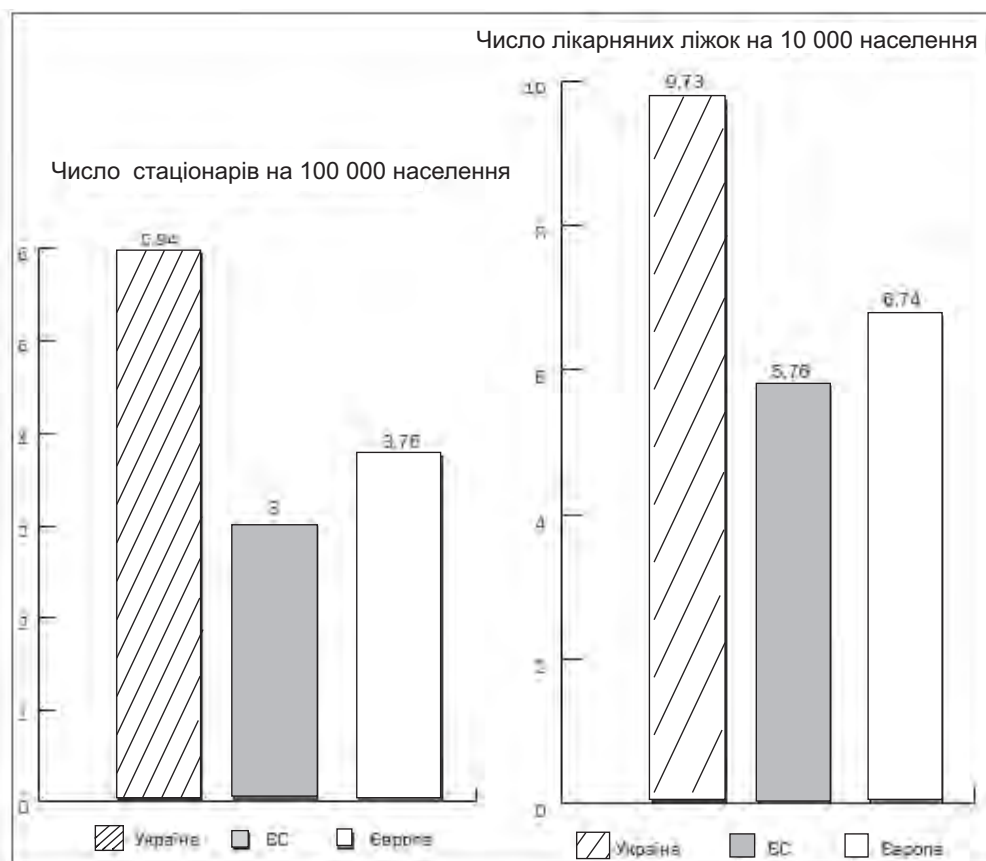


Рис. 2. Мережа лікарняних закладів та забезпеченість ліжками в Україні

Найбільшою проблемою у приватній медицині є відсутність закону про приватну медичну діяльність. На кожний вид медичних послуг необхідно оформляти окрему ліцензію. Лікар приватної клініки не має права виписати навіть листок непрацездатності, також він не може виписувати рецепти психотропного препарату.

Тому для вирішення цієї проблеми має бути обов'язкове прийняття закону про приватну медичну діяльність і створення програми розвитку медичної галузі. Держава повинна здійснювати ретельний контроль якості медичної допомоги та медичних послуг.

Ще однією, але не менш важливою проблемою є низька якість та високі ціни на фармацевтичну продукцію.

Видатки на лікарські засоби в Україні настільки низькі, що на багато нижчі, ніж у Польщі, а порівняно зі США чи Німеччиною, вони просто мізерні. З табл. 5 бачимо проблеми фармацевтичної продукції та велику націнку в аптеках на ліки.

Також величезною проблемою є неконтрольованість з боку держави та медичних закладів продажу ліків, які можна придбати без рецепта. В Україні, як бачимо з таблиці 6, 70 % ліків можна придбати без рецепта, а це означає, що громадяни, не консультуючись з лікарями, самі собі ставлять діагнози і призначають лікування, а це також у подальшому призводить до небажаних наслідків. В країні немає контролю з боку держави за націнками на ліки та їхньою якістю. В Україні відсутня система виявлення та обліку фальсифікованих препаратів, однак за даними ВООЗ, їх питома вага сягає 20 %. Більшість фальсифікатів — це підробка медикаментів вітчизняного виробництва, що здійснюється безпосередньо у країні.

Таблиця 5

#### Ринок фармацевтичної продукції у 2010 р.

Показники	Польща	Німеччина	Україна
Частка ринку ліків, які можна придбати без рецепта (%)	30	30	~70
Частка ринку ліків, які можна придбати тільки за рецептом (%)	23	32,1	~30
Націнка аптек	16	28	40

Вирішення цієї проблеми може відбутись лише за створення системи державного контролю за цінами та якістю на фармацевтичну продукцію.

Такий незадовільний стан охорони здоров'я та медичних послуг в Україні пов'язаний з відсутністю закону про медичне страхування, неефективною існуючою системою охорони здоров'я. Побудована за моделлю Семашка, система охорони здоров'я України вичерпала свої ресурси і потребує докорінного реформування.

У грудні 1993 р. була схвалена Верховною Радою України Концепція соціального забезпечення населення України. Медичне страхування названо одним з видів майбутньої системи соціального страхування.

Медичне страхування забезпечує право громадян, які працюють, і членів їх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування, матеріальне забезпечення у разі настання хвороби. Вже роками урядовці обіцяють, що в Україні буде введено обов'язкове медичне страхування, проте усі намагання прийняти закон про медичне страхування залишаються марними. За останні десять років було підготовлено понад десять законопроектів щодо обов'язкового медичного страхування, але жоден з них не був прийнятий у парламенті. Науковці, політики, економісти визначають різні чинники, що гальмують запровадження обов'язкового медичного страхування. З боку держави – це неготовність медицини, дефіцит бюджету. З боку роботодавців – неготовність сплачувати страхові внески, бо це несе додаткові навантаження на фонд оплати праці. Також неприйняття законодавства пов'язане з неможливістю поділити контроль за фінансовими фондами, які будуть сформовані у разі введення обов'язкового медичного страхування. За попередніми даними, ця акумуляція коштів становитиме від 30 до 40 млрд. грн.

Також в Україні набуває розвитку добровільне медичне страхування.

Добровільне медичне страхування виступає одним із видів особистого страхування, який забезпечує можливість повної або часткової виплати коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі погіршення стану здоров'я, відповідно до умов укладеного договору та правил страхування.

Все більше і більше страхових компаній починають надавати послуги з медичного страхування: це “Остра-Київ”, “Надра”, “КРОНА”, “АСКА”. Вони мають такі медичні програми: “Поліклініка”, “Стационар”, “Невідкладна допомога”, “Стоматологія”, “Родина” та ін. Проте лише 4 % громадян України користуються їхніми послугами. Це пов'язано з низькою довірою до страхових компаній та високим розміром страхових внесків на медичні послуги.

Україна повинна удосконалити свою систему охорони здоров'я, оскільки існуюча система, побудована на моделі Семашко, вже зазнала повного краху. Медичне страхування у розвинених країнах Європи і світу ґрунтується на таких основних моделях: системі Бісмарка, системі Беверіджа або на приватно-підприємницькій моделі охорони здоров'я [3].

Модель соціального страхування, заснована на системі Бісмарка, ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Запроваджена система у 1881 р. Лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчо зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники. Страхові фонди керуються через державні або приватні страхові компанії, а їхня діяльність регламентується державою.

Перевагою системи є те, що доступність медичної допомоги притаманна для усього населення країни. Та до недоліків можна зарахувати великий адміністративний апарат, складну систему розрахунків з лікувально-профілактичними закладами, високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Модель Бісмарка розповсюджена у таких країнах, як Німеччина, Австрія, Бельгія, Люксембург, Нідерланди, Франція та Швейцарія. Дуже багато проектів законів щодо медичного страхування в Україні були створені на її основі, але це не підходить українським роботодавцям, оскільки вони не готові сплачувати додаткові страхові внески.

Універсалістська модель соціального страхування, заснована на системі Беверіджа, ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується істотним обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Запроваджена модель у 1942 р. Медична допомога гарантується державою і надається усім громадянам, незалежно від соціального та майнового становища. Існує гостра конкуренція між лікарями за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить

від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікарів і медичних сестер. Пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування. Також до недоліків цієї системи необхідно зарахувати відсутність ринкових стимулів економічної ефективності та необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я. Модель соціального страхування представлена у Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії. Українська модель медичного страхування не може ґрунтуватись на системі Беверіджа, оскільки в державі немає коштів і можливостей розвивати медичну галузь.

Приватно-підприємницька модель охорони здоров'я фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується, виплачує страхувальнику премію, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю надаваних послуг, причому схильні до більшого ризику платять більше. Пряма оплата послуг не належить до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Галузь охорони здоров'я представлена переважно системою приватних медичних закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти – їхніми покупцями. До переваг можна зарахувати постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією. Недоліками у цій системі є нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення, високі ціни на надання медпослуг, зростання недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг. Модель соціального страхування представлена у США, Південній Кореї, Нідерландах. За останні роки у США дуже не задоволені цією системою охорони здоров'я, дві третини американців вимагають негайного призупинення і скасування чинної медичної реформи. Медичні страхові поліси є дуже дорогими і не кожен може собі дозволити їх купити, а відповідно до чинного законодавства, якщо громадянин не матиме поліса, то сплачуватиме штраф. В Україні також не доцільно запроваджувати таку реформу охорони здоров'я, оскільки це позначиться на бюджеті кожної людини, і не буде гарантії належного медичного обслуговування, оскільки медичні заклади ще не готові тісно співпрацювати зі страховими компаніями.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Зважаючи на переваги і недоліки описаних моделей медичного страхування, Україна має обрати свою модель медичного страхування та удосконалити існуючу систему охорони здоров'я. Законодавці у найближчому майбутньому повинні запропонувати такий проект медичного страхування, який би надавав можливість кожному громадянину отримувати належне медичне забезпечення за помірні кошти, які б міг собі дозволити. Держава повинна більше вкладати коштів у розвиток медичної галузі, оскільки існуюче обладнання застаріле, необхідно шукати інвесторів, щоб закупити сучасне медичне технологічне устаткування для діагностики та лікування. Щоб медичне страхування в Україні гарантувало кожному право на належне медичне забезпечення, необхідно здійснити багато заходів:

- зробити деякі послуги державних медичних закладів платними для акумуляції коштів на оновлення медичного обладнання;
- здійснити реструктуризацію лікувальних закладів з урахуванням потреб кожного регіону;
- посилити контроль над якістю медичних послуг, провести акредитацію медичних закладів;
- удосконалити систему державного контролю за цінами та якістю фармацевтичної продукції;
- підвищити заробітну плату лікарям відповідно до рівня кваліфікації та професіоналізму з метою усунення хабарництва у медичній галузі;
- запровадити обов'язкові щорічні медичні огляди громадян з метою профілактики важких захворювань;
- розробити проект закону щодо медичного страхування, який би враховував усі особливості української економіки та стан медичної галузі;
- зробити медичне страхування доступним для кожного громадянина.

Виконання запропонованих заходів щодо покращення медичного забезпечення сприятиме розвиткові медичної галузі України, підвищенню здоров'я нації, життєвого рівня кожного громадянина і, як наслідок, підвищення економічного добробуту країни.

1. Шмарко Е. *Платная бесплатная медицина* // *Компаньон*. – К., 2000. – № 18(170). – С. 12–18.
2. Лехан В.М. *Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір* // *Новості медицини і фармації*. – Донецьк, 2010. – № 4(309). – С. 4–7.
3. Мнік В.М. *Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні* // *Економіка та держава*. – 2006. – № 11. – С. 39–41.