## Проблеми впровадження обов’язкового медичного страхування в Україні

## В останні роки все більше уваги приділяється медичному страхуванню. Так як добровільне страхування не вирішить проблеми покращення наданню медичної послуги, через занадто дорогу на сьогодні для більшості медичну страховку, то все більше з’являється прихильників обов’язкового загальнодержавного страхування, яке охопить все населення і не буде занадто обтяжливим для малозабезпечених громадян.

## Так Павло Ковтонюк в своїй статті розкрив проблему кому ж вигідне обов’язкового медичного страхування: Міністерству Охороні Здоров’я чи громадянам. В інтерв’ю Ігор Яковенко, заступник міністра охорони здоров’я, розповів, що **фінансувати державне медичне страхування будуть роботодавці.** Оскільки зі слів заступника міністра “механічне підвищення навантаження на фонд оплати праці може призвести до спротиву бізнесу та збільшення тіньової частини цього фонду”, гроші з роботодавців буде стягнено за рахунок двох “непомітних” відрахувань. Перше - єдиний соціальний внесок, який об’єднає попередні соціальні внески + медичне страхування “без суттєвого збільшення розмірів загальних відрахувань”. Друге - додатковий податок на активи, який покликаний покрити страхування студентів, безробітних та дітей до 18 років. Крім того через підвищення акцизних зборів на алькогольні та тютюнові вироби буде стягнуто додаткові кошти до Пенсійного фонду на медичне страхування пенсіонерів.

У міністерстві бачать **трьох можливих посередників між грошима та тими**, хто буде їх отримувати (пацієнтами). Це фонди страхування, страхові компанії та лікарняні каси. Пан Яковенко сам визнає, що фонди не зацікавлені у тому, щоб бути посередниками. Але насправді посередників буде: 1) спеціальний фонд бюджету, 2) спеціально створена агенція, 3) посередник (фонди, страхові компанії, лікарняні каси), 4) медичний заклад. Ще не забуваємо про Пенсійний фонд, який буде акумулювати гроші для страхування пенсінерів, та Податкову адміністрацію, дотичну до стягнення податку на активи для страхування студентів, безробітних та дітей. Автор запитує “Чи згоден кожен з нас, щоб наші кошти проходили через 4-6 рівнів фільтрації перед тим, як нас на них полікують?” Звичайно ж відповідь ні. Кошти будуть сплачені та розпорошені по дорозі до медичного закладу, а якість послуги не буде відчутною. Тож складається враження, що таке медичне страхування вигідне лише МОЗ.

З цієї стаття можна зробити висновки, що Міністерство охорони здоров’я поки, що на шляху вирішення проблем по фінансуванню фонду з такого страхування, і якщо МОЗ не прийме інші шляхи ефективного розв’язання проблеми фінансування медичного страхування то для громадян воно буде не вигідним.

Максим Щербатюк в своїй статті “Яким має бути обов’язкове медичне страхування в Україні” пише, що на сьогодні існує дві основні конкуруючі між собою концепції впровадження медичного страхування, одна з яких базується на тому, що в Україні має впроваджуватися соціальне обов’язкове медичне страхування, яке основується на бюджетному фінансуванні охорони здоров’я, інша говорить про обов’язкове медичне страхування із залученням страхових організацій поряд із державою. Представники течій подавали законопроекти до Верховної Ради України, проте на сьогоднішній день жоден з них не було затверджено.

Автор наводить основні недоліки законопроектів щодо обов’язкового цивільного страхування - регресивних характер фінансування (бідні платять відносно більше ніж багаті); різні програми послуг в залежності від суми страховки; створення конкурентних страхових ринків, при яких неминуче „зняття вершків” і зменшення справедливості (особливо відносно хронічних хворих та літніх людей); складний з точки зору реалізації механізм управління.

**Андріїшина Наталія** в своїй статті “Перспективи медичного страхування в Україні” , приділила увагу більше законодавчій базі. Вона не просто написала проте, що Верховна Рада ніяк не може затвердити ні один з поданих законопроектів, а й навела приклади про протиріччяв них. Так, у ст.6 законопроекту № 1040-2 зазначено, що непрацюючі пенсіонери і інваліди підлягають медичному страхуванню (п.11 ч.1). Водночас пропонується, щоб особи, які отримують пенсію, допомогу з відповідних фондів загальнообов’язкового державного соціального страхування, зареєстровані як безробітні (ПФУ, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фонд державного соціального страхування України на випадок безробіття) мали право на отримання медичних послуг за цим Законом без сплати страхових внесків (ч.2 ст.6).

Вона робить висновки, що запровадження медичного страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження такої системи. Ефективне забезпечення прав громадян на охорону здоров’я є першочерговим соціальним пріоритетом. Конче важливо, аби особа, котра стає учасником такої системи, почувалася захищеною.

Олег Петренко в статті “Обов’язкове медичне страхування: що нам пропонують – отруту, плацебо чи порятунок? Також підняв проблему якості надання послуг та оплати за неї. Він пише, що українці отримують, або взагалі не отримують без додаткової оплати, не дуже якісні медичні послуги. Отже, ще раз треба повернутися до питання доцільності та ефективності їх використання, тобто суть будь-яких змін полягатиме саме в зміні порядку використання коштів, які зникають в СОЗ, не дійшовши до кінцевого споживача. Він також звернув увагу щодо законодавства, щодо фінансування. Вважає, що фінансування СОЗ за рахунок загальних податків (бюджетна система) теоретично є найбільш соціально справедливим.

Також вважає, що обов’язкове медичне страхування навряд чи залучить додаткові кошти до СОЗ, але точно стане каталізатором змін у сфері пріоритетів та механізмів їх витрачання, та сподівається, що на користь саме громадян, а не посередників, як би їх не називали.

Автор називає основні цілі СОЗ: 1) покращувати здоров’я населення (його рівень і розподіл), у довгостроковій перспективі; 2) забезпечувати фінансовий захист від зубожіння домогосподарств внаслідок непередбачуваних витрат в разі хвороби члена сім’ї; 3) забезпечувати задоволеність населення наданими медичними послугами. Всі інші цілі є тільки вторинними і спрямованими на досягнення цих трьох основних цілей. Як на мене, то для України зараз найважливішим є пошук моделі змін, яка, в першу чергу, забезпечить досягнення другої цілі, бо непередбачувані катастрофічні витрати в разі хвороби часто є причиною бідності, в тому числі успадкованої, ледь не третини всіх сімей в Україні.

Стаття Віри Фазлєєвої “ Обов’язкове медичне страхування – важливий елемент соціального захисту населення” містить можливі етапи запровадження обов’язкове медичне страхування такі як запровадження обов’язкового медичного страхування в окремій галузі та території - у вигляді експерименту, з наступним поетапним розширенням числа регіонів (галузей) учасників; поетапне розширення категорій застрахованих за обов'язковим медичним страхуванням; поетапне підвищення розміру страхового тарифу.

Проведення експерименту має забезпечити реалізацію принципу надання медичної допомоги визначеного рівня та обсягу, яка забезпечена конкретним цільовим джерелом фінансування. Етапне запровадження ОМС та проведення експерименту в окремій галузі та території дозволить відпрацювати нормативно-правову базу, необхідну для функціонування системи ОМС, а саме - договори обов'язкового медичного страхування, договори про надання медичної допомоги, розробити стандарти якості медичної допомоги, накопичити медико-економічну інформацію для можливості економічно обґрунтованого визначення потреб системи охорони здоров'я у фінансових ресурсах, створення інституту прав пацієнта як отримувача медичної допомоги та позавідомчих механізмів контролю обсягів та якості медичної допомоги. Одним із головних завдань експерименту мають бути роботи в галузі ціноутворення на медичні послуги: встановлення єдиних принципів розрахунку тарифів, визначення структури тарифу, розробка методичних підходів до розрахунків тарифів, визначення критеріїв вибору способів оплати медичної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я за програмами обов'язкового медичного страхування на основі розвитку та запровадження стандартизації у системі охорони здоров'я. Крім того, безумовно, система ОМС має забезпечити персоніфікований облік вартості медичної допомоги, яка надана застрахованим особам. Такий облік неможливий без застосування сучасних програмно-апаратних комплексів, які можуть бути також розроблені при проведенні експерименту. Не менш важливим завданням є підготовка при проведенні експерименту кадрів для реалізації загальнообов'язкового державного медичного страхування.

Одним із першочергових завдань є створення спеціального органу, а саме Координаційного комітету з питань медичного страхування, основними завданнями якого будуть координація дій органів виконавчої та законодавчої влади, пов'язаних з реалізацією добровільного медичного страхування та запровадженням обов'язкового медичного страхування, розгляд і оцінка відповідних проектів актів законодавства, регламентуючих документів, підготовка пропозицій та проектів рішень з питань медичного страхування.

Валерій Піщиков в статті “Ми шукали й будемо шукати додаткові кошти на охорону здоров’я” також звертає увагу про те, Верховна Рада ніяк не може затвердити закон про обов’язкове медичне страхування. Вважає, що запровадження обов’язкового медичного страхування стимулюватиме до запровадження стандартів медичної допомоги. А визначення рівня надання медичної допомоги відповідно до джерел фінансування забезпечить адаптацію державних гарантій щодо розмірів фінансування, забезпечить реалізацію прав пацієнтів та професійних прав медичних працівників. Крім того, поєднання двохважливих принципів (публічногота цивільно-правового) у фінансуванні медичної допомоги дасть змогу поєднати позитивніриси систем, які врівноважуються завдяки контролю з боку держави.

**Висновки**

Отже, щодо запровадження загальнообов’язкового медичного страхування то всі автори статтей погоджуються, що в Україні це просто необхідно, але разом з тим називають цілий ряд проблем, що заважають в здійсненні його. По перше це відсутність законодавчої бази. Проектів законів про загальнообов’язкового медичного страхування було подано на затвердження до Верховної Ради безліч, але через суперечливість всі вони так і не були затверджені і це питання залишається відкритим.

По друге в Україні запровадження медичного страхування повинно враховувати, що в суспільстві є різні категорії громадян. І певна частина з них, принаймні поки що, не в змозі скористатися послугами страхових компаній чи комерційних медичних закладів. Саме тому держава повинна відрегулювати механізми надання медичної допомоги всім верствам населення та утвердити схему фінансування медицини та запровадити обов’язкове медичне державне страхування.

По третє, це прозоре фінансування, потрібно визначити хто і скільки має робити внески, потрібно якомога більше зменшити кількість посередників між платниками та медичними установами.

Вважаю, що для нашої країни найкращим підготовчим етапом до впровадження загальнообов’язкового медичного страхування є запровадження обов’язкового медичного страхування в окремій галузі та території - у вигляді експерименту, з наступним поетапним розширенням числа регіонів (галузей) учасників та поетапне розширення категорій застрахованих за обов'язковим медичним страхуванням.

Проведення такого експерименту має забезпечити реалізацію принципу надання медичної допомоги визначеного рівня та обсягу, яка забезпечена конкретним цільовим джерелом фінансування. Етапне запровадження загальнообов’язкового медичного страхування та проведення експерименту в окремій галузі та території дозволить відпрацювати нормативно-правову базу, необхідну для функціонування системи загальнообов’язкового медичного страхування.

Запровадження медичного страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження такої системи. Ефективне забезпечення прав громадян на охорону здоров’я є першочерговим соціальним пріоритетом.

**Державне медичне страхування: цікаво тільки для МОЗ**

Блог про управління в охороні здоровя; Травень 7, 2008 автор: Павло Ковтонюк

Нарешті. Вдалося почути розгорнуту позицію про загальнообов’язкове державне медичне страхування від тих, хто буде (чи планує) його впровадити. Ігор Яковенко, заступник міністра охорони здоров’я розкрив на сторінках тижневику “Аптека” погляд МОЗу на цю проблему. Нарешті з’явилася можливість дізнатися бачення міністерства на те, звідки будуть надходити гроші, хто стане посередником між грошима та їх одержувачами, хто цими грошима розпоряджатимется та яким є план впровадження системи. Але це бачення лише ще раз переконало мене в думці: таке загальнообов’язкове державне медичне страхування нашій країні не допоможе. Бо в ньому не зацікавлений ніхто, окрім його авторів.

Отже, **фінансувати державне медичне страхування будуть роботодавці**, чого і варто було очікувати. Оскільки зі слів заступника міністра “механічне підвищення навантаження на фонд оплати праці може призвести до спротиву бізнесу та збільшення тіньової частини цього фонду”, гроші з роботодавців буде стягнено за рахунок двох “непомітних” відрахувань. Перше - єдиний соціальний внесок, який об’єднає попередні соціальні внески + медичне страхування “без суттєвого збільшення розмірів загальних відрахувань”. Друге - додатковий податок на активи, який покликаний покрити страхування студентів, безробітних та дітей до 18 років. Крім того через підвищення акцизних зборів на алькогольні та тютюнові вироби буде стягнуто додаткові кошти до Пенсійного фонду на медичне страхування пенсіонерів. Чи зацікавлені роботодавці, особливо малий та середній бізнес (”розвивати” який в нашій країні - обов’язковий пункт програми кожного політика) у тому, щоб отак оплачувати медичне страхування? Не зацікавлені - це м’яко сказано. Але навряд чи цим переймається міністерство, яке має повноваження і багаторічний досвід адміністративного “зацікавлення” в подібних випадках.

У міністерстві бачать **трьох можливих посередників між грошима та тими**, хто буде їх отримувати (пацієнтами). Це фонди страхування, страхові компанії та лікарняні каси. Пан Яковенко сам визнає, що фонди не зацікавлені у тому, щоб бути посередниками - платниками. Велику надію він покладає на страхові компанії. Так, вони як посередник - вдалий варіант. Єдиний мінус - вони також абсолютно в цьому не зацікавлені. Залишаються лише лікарняні каси. І хоча мені дуже подобається така форма громадської самоорганізації (вперше вона виникла у моєму рідному місті), але чи ЛК зможуть стати ефективним платником у медичному страхуванні на рівні всієї держави - це велике питання. На яке міністерство відповіді також не знає.

Зате добре продумана **система розпорядження коштами**: “вони [гроші] акумулюються у спеціальному фонді бюджету, а їх розпорядником виступає МОЗ, яке буде здійснювати цю функцію через спеціально створену агенцію у складі міністерства”. Тепер порахуємо реальних посередників між коштами та пацієнтом: 1) спеціальний фонд бюджету, 2) спеціально створена агенція, 3) посередник (фонди, страхові компанії, лікарняні каси), 4) медичний заклад. Ще не забуваємо про Пенсійний фонд, який буде акумулювати гроші для страхування пенсінерів, та Податкову адміністрацію, дотичну до стягнення податку на активи для страхування студентів, безробітних та дітей. Чи згоден кожен з нас, щоб наші кошти проходили через 4-6 рівнів фільтрації перед тим, як нас на них полікують? А особливо люди, які мають вибір піти і заплатити за медичні послуги з кишені.

Чому в міністерстві вирішили, що на ті “незначні” і непомітні додаткові відрахування, відфільтровані через купу органів, пацієнти будуть отримувати більше допомоги (вже не кажучи про її якість)? В МОЗ цього не знають. Там, наприклад, вже порахували (мабуть, щоб заспокоїти роботодавців), що сума річного внеску на громадянина не перевищуватиме 1000 гривень. Але “підготувати необхідні економічну, зокрема цінову, тарифну та іншу розрахункові бази і визначити вартісні показники медичних послуг” - у міністерства тільки в планах на майбутнє. Боюсь, ці розрахунки принесуть багато сюрпризів - здебільшого неприємних. Наприклад, коли порахують вартість одного року використання одного квадратного метра стаціонарної площі, скажімо, Жовтневої лікарні в центрі Києва. Цікаво буде порівняти цю суму із річним страховим внеском на одну особу.

Нещодавно мені довелося відвідати мою районну поліклініку. Щоб здати аналіз крові, працівники лабораторії попросили мене спуститися на поверх нижче і придбати в аптеці скарифікатор вартістю 65 копійок. Думаю, завдяки впровадженню загальнообов’язкового медичного страхування цю проблему буде вирішено, і лабораторії забезпечать скарифікаторами. Але не більше того. А чому має бути інакше, якщо з усіх учасників реформи в ній зацікавлена тільки одна сторона - Міністерство Охорони Здоров’я (розпорядник коштів)? Чому має бути інакше, коли розробники цієї “реформи” розраховують суми внесків до того, як дізнаються вартість послуг?

**Висновки**

Дуже багато людей критикують українську охорону здоров’я. Але, таке враження, мало хто її тверезо оцінює. Я закликаю саме до цього. Перш за все - щоб не обманюватися “безкоштовною” допомогою, яка в існуючому вигляді погубить охорону здоров’я. Закликаю управлінців та пацієнтів рахувати гроші, і в дискусіях про охорону здоров’я обирати не схеми страхування - більш або менш зручні для міністерства, а найкращого та найефективнішого платника, розпорядника, постачальника послуг. Закликаю розглядати державу як одного з рівноправних гравців на ринку охорони здоров’я, а концепцію державного медичного страхування - як проект на розгляд споживачів, які платитимуть за це із власних доходів.

**Яким має бути обов’язкове медичне страхування в Україні**

*Новини, аналітика, кампанії, поради юриста та все про права людини від Української Гельсінської спілки з прав людини*

http://helsinki.org.ua.index.php?id=1162997437

08.11.2006 | Соціально-економічні права

Медичне страхування це тема, яка протягом вже тривалого часу обговорюється у широких колах громадськості. І через свою важливість і неоднозначність спричиняє жорсткі дискусії щодо принципів, методів, шляхів її впровадження і реалізації в Україні, а відповідно потребує активної участі представників „третього сектору” для того щоб права громадян України були належним чином захищеними.

Захід який відбувся 7 листопада 2006 року в Культурно-Мистецькому Центрі Національного університету „Києво-Могилянська Академія” і мав назву „Яким має бути обов’язкове медичне страхування в Україні” був організований громадською організацією „Школа охорони здоров’я Національного університету Києво-Могилянська Академія” при підтримці «Східноєвропейської Консалтингової Групи», Академії Української Преси та Відкритого інституту громадського здоров’я. І він мав на меті висвітлити основні проблеми і недоліки поданого до Верховною Ради України законопроекту „Про фінансування охорони здоров’я і медичне страхування” (№ 2192 від 19.09.2006).

До участі у цьому фаховому обговоренні були запрошенні народні депутати України, представники Секретаріату Президента, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров’я, представники академічних кіл та громадськості, засоби масової інформації. Від УГСПЛ участь у роботі круглого столу приймав юрист Щербатюк Максим.

Потрібно зазначити, що на сьогодні існує дві основні конкуруючі між собою концепції впровадження медичного страхування, одна з яких базується на тому, що в Україні має впроваджуватися соціальне обов’язкове медичне страхування, яке основується на бюджетному фінансуванні охорони здоров’я, інша говорить про обов’язкове медичне страхування із залученням страхових організацій поряд із державою. Представники кожної із цих концепцій вносять до Верховної Ради свої варіанти законопроектів. Зокрема, представники першої течії стояли за законопроектом № 0944 „Про державне соціальне медичне страхування”, який ще восени 2003 року не був підтриманий у третьому читанні Верховною Радою України і зараз мають на меті подати наступний законопроект, який буде базуватися на концепції державного фінансування охорони здоров’я. У той же час їх опоненти подали законопроект № 3370 на розгляд Верховної Ради минулого скликання, який також не був проголосований. І у вересні цього року подали законопроект № 2192, який і став предметом цього фахового обговорення.

Організатори обговорення наголосили на основних недоліках законопроекту №2192, який орієнтований на модель обов’язкового цивільного страхування і серед найголовніших було виділено:

- регресивних характер фінансування (бідні платять відносно більше ніж багаті);

- різні програми послуг в залежності від суми страховки;

- створення конкурентних страхових ринків, при яких неминуче „зняття вершків” і зменшення справедливості (особливо відносно хронічних хворих та літніх людей);

- складний з точки зору реалізації механізм управління.

Водночас в обговоренні приймали участь автори вище зазначеного законопроекту, які дискутували щодо наведених проблем, зазначаючи, що він передбачає існування бюджетного фінансування охорони здоров’я щодо життєзабезпечуючих вимог, а обов’язкове цивільно-правове страхування поширюється на послуги понад ті, що забезпечують життєзабезпечуючі потреби людини, і у свою чергу наголошували на проблемах обов’язкового соціального медичного страхування.

Результатом цього обговорення стало прийняття організаторами заходу резолюції в якій визначається, що єдиною прийнятною моделлю для запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні є модель загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування на основі єдиного платника; про необхідність звернутись до суб’єктів законодавчої ініціативи підготовленого МОЗ України законопроекту „Про загальнообов’язкове державне медичне страхування”; а також ініціювати з метою запобігання використання моделі цивільно-правового страхування для обов’язкового медичного страхування, внесення змін до статті 7 ЗУ „Про страхування” вилучивши медичне страхування з розряду обов’язкових видів страхування.

**Максим Щербатюк**

**УГСПЛ**

**Перспективи медичного страхування в Україні**

Головним чинником розвитку системи охорони здоров’я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Кожна країна визначає способи їх формування на власний розсуд, ураховуючи політичне та економічне підґрунтя. Держави з великим національним прибутком (США, Велика Британія, Швейцарія тощо) відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення в порівнянні з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика тощо).

**Форми фінансування охорони здоров’я**

На сьогодні можливо виділити три основні форми фінансування охорони здоров’я: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька).

Державна фінансується переважно (до 90%) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі послуги розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За цією формою фінансуються, наприклад, системи охорони здоров’я Великої Британії, Канади, Ірландії.

Бюджетно-страхова фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працівників і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров’я. Найпростішим є внесок, що вноситься наймачем і працівником. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави, але діє в рамках законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на точно обумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%) тощо.

Приватнопідприємницька фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, котре страхується, виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не належить до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Така система діє в США, Південній Кореї, Нідерландах.

**Загальнообов’язкове медичне страхування**

Україна на сьогодні перебуває на стадії впровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування. Відповідні законопроекти за № 1040 від 27 листопада 2007 р., № 1040-1 та № 1040-2 від 25 січня 2008 р. вже розроблені та отримали висновки профільного комітету Верховної Ради України та ГНЕУ Апарату Верховної Ради України. Законопроект № 1040-2 передбачає внесення змін до ЗУ «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням», ЗУ «Про страхування», Основ законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування та Основ законодавства України про охорону здоров’я.Зокрема, пропонується викласти ЗУ «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» у новій редакції ЗУ «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування». Фінансування системи охорони здоров’я пропонується здійснювати шляхом залучення коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів загальнообов’язкового державного соціального страхування, благодійних організацій, добровільного медичного страхування, особистих коштів громадян та інших джерел у встановленому законом порядку.

Особі, яка застрахувалась в системі медичного страхування, видаватиметься свідоцтво про загальнообов’язкове державне соціальне страхування, що є єдиним для всіх видів загальнообов’язкового державного соціального страхування та документом суворої звітності. Цей документ надаватиме особі право звернення за медичними і соціальними послугами та матеріальним забезпеченням.

**Висновки та пропозиції**

Головне науково-експертного управління апарату Верховної Ради України у висновку до законопроекту № 1040-2 висловлює такі зауваження.

Визначення загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування (ст. 1) недостатньо розмежовує поняття «медичної допомоги» та «медичних послуг». Зокрема, медична (лікувально-профілактична) допомога визначена як «процес і результат діяльності закладів охорони здоров’я та професійних медичних працівників з надання медичних послуг». Водночас медична послуга «є ідентифікованою одиницею процесу надання медичної допомоги і має певну вартість». При цьому зазначення тільки «вартості» ознакою медичних послуг недостатньо виправдане, оскільки діяльність з надання медичної допомоги також вимагає затрат праці та коштів.

Потребує конкретизації пропоноване у проекті право на одержання «матеріального забезпечення» (ч. 2 ст. 1), оскільки у тексті цей термін не визначено, а у подальшому йдеться про «допомогу» у відповідних випадках.

Положення проекту не дають чіткого і системного визначення механізму страхування та отримання медичних послуг. Так, у ст.6 законопроекту зазначено, що непрацюючі пенсіонери і інваліди підлягають медичному страхуванню (п.11 ч.1). Водночас пропонується, щоб особи, які отримують пенсію, допомогу з відповідних фондів загальнообов’язкового державного соціального страхування, зареєстровані як безробітні (ПФУ, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фонд державного соціального страхування України на випадок безробіття) мали право на отримання медичних послуг за цим Законом без сплати страхових внесків (ч.2 ст.6).

Пропонуються також взаємовиключні положення щодо затвердження Переліку медичних послуг, що мають надаватись за цим Законом: у ст. 14 проекту – правлінням Фонду (п.11), а у ст.41 – окремим законом. Тобто задля уникнення можливих зловживань доцільною вбачається розробка та затвердження Єдиного класифікатора медичних послуг.

В свою чергу законопроект №1040 передбачає створення мережі страхових кас, що дозволяє певним чином вирішити питання щодо формування мережі посередників з метою належної організації та захисту прав застрахованої особи. Особливістю загальної концепції законопроекту є те, що Фонд загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування не буде виконувати функції, пов’язані зі збором внесків від роботодавців та застрахованих осіб, які збиратимуться одним органом для усіх видів соціального страхування у складі єдиного соціального внеску. На відміну від альтернативних законопроектів, ст.7 цього законопроекту передбачає добровільну участь громадян, які забезпечують себе роботою самостійно, у медичному страхуванні.

**Законодавчі перспективи**

Головне науково-експертне управління апарату Верховної Ради Українипропонує обґрунтовані і найбільш вдало сформульовані положення законопроекту про внесення змін до деяких законів України (щодо запровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування) (№ 1040-2 на заміну) врахувати при опрацюванні спільного законопроекту.

Міністерство праці та соціальної політики підтримує ідею запровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування, викладену у законопроектах №1040 та №1040-2 (на заміну), при цьому пропонує взяти за основу законопроект №1040.

Міністерство фінансів України не підтримує жоден із законопроектів як такі, що не можуть бути реалізовані в межах наявних фінансових ресурсів.

Комітет з питань соціальної політики та праці, розглянувши законопроекти №1040, №1040-1, №1040-2 запропонував проект ЗУ «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» (реєстр. № 1040 від 27 листопада 2007 р.), поданий народними депутатами **Я. Сухим** та **Л. Денісовою**, прийняти за основу.

Отже, запровадження медичного страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження такої системи. Ефективне забезпечення прав громадян на охорону здоров’я є першочерговим соціальним пріоритетом. Конче важливо, аби особа, котра стає учасником такої системи, почувалася захищеною.

**Андріїшина Наталія**

Юрист ULGroup

«Правовий тиждень» — щотижнева інформаційно-правова газета. №17-18 (90-91) 22 квітня 2008г.

# Обов’язкове медичне страхування: що нам пропонують – отруту, плацебо чи порятунок? (Частина ІІ)

**Фінансування ОЗ у 2007 р.: сумні міркування над бюджетом…**

Чому сумні? Бо видається так, що українське суспільство справді витрачає на СОЗ дуже значну кількість коштів, настільки значну, що сподіватись на принципове збільшення їх кількості за поточних економічних умов, навіть через обов’язкове страхування, не варто.

Натомість українці отримують, або взагалі не отримують без додаткової оплати, не дуже якісні медичні послуги. Отже, ще раз треба повернутися до питання доцільності та ефективності їх використання, тобто суть будь-яких змін полягатиме саме в зміні порядку використання коштів, які зникають в СОЗ, не дійшовши до кінцевого споживача.

Тож, що ми бачимо, познайомившись з таблицею розподілу видатків Державного бюджету України на 2007 рік, доступною на сайті Верховної Ради та застосовуючи висновки представлених вище досліджень та загальновизнану світову методику оцінок?

Сума всіх коштів, що спрямовуються за відповідними кодами функціональної класифікації видатків та кредитування державного бюджету на функцію "охорона здоров’я" з центрального бюджету по всім відомствам становить 18,8 млрд.грн.

Відповідна розрахункова сума видатків місцевих бюджетів на цю функцію складає 15,6 млрд.грн. Таким чином, у зведеному бюджеті на функцію "охорона здоров’я" держава у 2007 р. витратить 34,4 млрд.грн (18,8 + 15,6), що складатиме близько 19% зведеного бюджету, або його 1/5 частину.

Враховуючи, що прогнозований обсяг ВВП у 2007 р. складе 594,1 млрд.грн. – реальні **суспільні витрати** на ОЗ складатимуть біля 6% від ВВП (!), що вже перевищує реальні, відносно їх економічного стану, витрати більшості країн Східної Європи.

І це доступні всім дані з державного бюджету 2007. Навіть ця цифра вдвічі перевищує ту (біля 3% ВВП), яку часто озвучують урядовці та парламентарі, "плачучись" про недостатність коштів на "медицину".

Якщо ж до цієї суми додати, за методикою Національних рахунків охорони здоров’я, переважно готівкові **приватні витрати** домогосподарств (сімей), які живлять неформальний сектор СОЗ, а це, як мінімум 39% або 13,7 млрд.грн., то **загальні** (суспільні і приватні) **витрати** на охорону здоров’я в Україні складуть **48 млрд.грн.**(!) або **8%** від ВВП. А ця сума вже наближається до найкращих світових показників можливої мобілізації ресурсів на ОЗ в конкретній державі.

Якщо перерахувати це на душу населення, то показник складе 1023 грн. ($202) на рік – невелика в абсолютному значенні цифра, якщо порівнювати з розвинутими країнами (в ЄС ця сума коливається в діапазоні $550 – $3200 на людину), але дуже велика з огляду на реальний стан економіки України.

Це означає, що суспільство вже зараз спрямовує на охорону здоров’я (читайте – саме в систему охорони здоров’я, бо інших спрямувань, крім медичних, в Україні немає) майже критичну, для поточного стану економіки, суму коштів.

Але неефективна система легко їх "споживає", не забезпечуючи навіть мінімальних потреб незадоволеного суспільства. Коефіцієнт корисної дії такої системи дуже низький, тобто ми просто "викидаємо" реальні гроші, живлячи неефективну, багаторазово дубльовану, економічно невмотивовану систему. Очевидно, вже давно час її змінити.

Проте комусь дуже вигідний нинішній status quo – кому саме? Теж відомо, але це тема окремої статті.

Скільки коштів на ОЗ нам не вистачає і як зробити систему надання медичних послуг обрахованою – це окрема важлива тема, пов’язана з комплексом заходів **нормування** в ОЗ, а саме стандартизації надання медичної допомоги, запровадження класифікатора медичних послуг, обрахунку собівартості та формування тарифів. Без цього ми не зможемо говорити про кошти об’єктивно, завжди будуть казати, що не вистачає ще 30% чи 50%.

**Основні негаразди в СОЗ, тенденції та можливі наслідки….**

Про негаразди сучасної системи охорони здоров’я (СОЗ) в Україні говорять всі. В першу чергу це пов’язано з незадоволеністю населення, яке часто не може отримати необхідні медичні послуги належної якості.

Незадоволених серед громадян дуже багато через те, що будь-хто з нас рано чи пізно потребує медичної допомоги і розв'язання більшості з таких проблем неможливе без звернення до СОЗ. Проте поодиноких фахівців турбує інше – чому це так і як на це вплинути.

Слід підкреслити, що фінансування СОЗ за рахунок загальних податків (бюджетна система) теоретично є найбільш соціально справедливим, що підтверджують приклади Канади та Великої Британії.

Зауважте, що бюджетні системи функціонують саме в найліберальніших з економічної точки зору країнах Старого і Нового Світу, де приватна ініціатива і особиста відповідальність громадян набагато вищі, а ступінь державного патерналізму та інтервенціоналізму низький.

Проте вони притримуються стратегії універсального забезпечення медичними послугами громадян за рахунок суспільних джерел, вважаючи це умовою, яка сприяє економічному зростанню.

Ми вже говорили, що бюджетна система визначається такою за умови, коли бюджетні кошти, зібрані у вигляді податків, перевищують суму всіх інших джерел надходжень (СП > СС + ПГ + ПС).

В принципі, бюджетна система має надавати громадянам однаковий доступ до рівноцінних за якістю медичних послуг, незалежно від розміру відрахувань окремих громадян.

Така система, теоретично, влаштовуватиме більшість населення і **її підтримуватимуть, доки більшість згідна, що всі громадяни вчасно отримують необхідну і якісну допомогу**.

Зараз ситуація в Україні змінилась, і більшість населення, незадоволеного станом справ у СОЗ, власноруч вирішує питання щодо отримання необхідних медичних послуг. І якщо новоутворений середній клас все частіше за власний рахунок вимагає більшої якості і різноманітності послуг, то переважна більшість неплатоспроможного населення залишається сам на сам із розв'язанням проблеми фінансових витрат внаслідок непередбачуваних видатків при отриманні нібито "безоплатної" медичної допомоги у державному секторі.

**Принципи побудови системи ОЗ та її цілі**

Обговорення сильних і слабких сторін бюджетної моделі чи моделі соціального медичного страхування неможливе без повної ясності уявлень про цілі політики в сфері охорони здоров’я.

Подібні цілі чітко визначені розвинутою світовою спільнотою і їх всього три. Тож адекватна модель СОЗ повинна:

1) покращувати здоров’я населення (його рівень і розподіл), у довгостроковій перспективі;

2) забезпечувати фінансовий захист від зубожіння домогосподарств внаслідок непередбачуваних витрат в разі хвороби члена сім’ї;

3) забезпечувати задоволеність населення наданими медичними послугами.

Всі інші цілі є тільки вторинними і спрямованими на досягнення цих трьох основних цілей. Як на мене, то для України зараз найважливішим є пошук моделі змін, яка, в першу чергу, забезпечить досягнення другої цілі, бо непередбачувані катастрофічні витрати в разі хвороби часто є причиною бідності, в тому числі успадкованої, ледь не третини всіх домогосподарств (сімей) в Україні.

Політичний процес у відношенні до ОЗ передбачає визначення цілей та завдань, встановлення пріоритетів і визнання того, що в процесі комплексного розв'язання поставлених завдань доведеться знаходити компроміси і передбачати певні **втрати**.

Проте у осіб, які приймають рішення, часто відсутнє чітке уявлення про власні цілі та завдання. Це менш несприятливий варіант на противагу ситуації, коли, прикриваючись правильними цілями, на замовлення лобістів відбувається підміна понять, що може бути кваліфікована як усвідомлена, умисна брехня.

Подібна ситуація складається і з минулорічним депутатським законопроектом №2192 від 19.09.2006 "Про фінансування охорони здоров’я і медичне страхування".

В цьому документі пропонується, аби всі громадяни, незалежно від їх статків, оформлювали медичну страховку в страхових компаніях, як державних, так і приватних. Так само, як і будь яку іншу страховку, відповідно до чинного законодавства, тобто Закону "Про страхування".

Тож, страховики, надаючи медичну страховку, будуть вимушені поводити себе, як і в інших сегментах ринку.

Внаслідок цього найвигідніші умови страхування будуть пропонуватися молодим, здоровим і багатим клієнтам, у яких мінімум ризиків захворіти. Адже у цьому випадку для страхових компаній значно менше ризиків, ніж зі страховкою здоров’я старої та хворої людини.

Таким чином, верствам населення, які найбільше потребують соціального захисту, медична страховка може стати недоступною. Адже страховики будуть або уникати таких "ризикованих" клієнтів, або ж будуть пропонувати їм вкрай невигідні умови страховки.

Ми стали свідками взаємних звинувачень і "щирих" виправдовувань, проте залишається відчуття, яке для мене є переконанням, що більшість депутатів, які подавали цей законопроект, навіть не читали документ, під яким стоять їх підписи.

Тож закликаю всіх, кому небайдужа ситуація з СОЗ в Україні, прочитати запропонований законопроект і порівняти принципи, на яких він побудований із міркуваннями, викладеними вище, та зробити свої власні висновки, щоб потім не страждати, зіштовхнувшись у реаліях з новим порядком медичного обслуговування, який пропонує зазначений депутатський твір на тему "ліберальних" відносин в охороні здоров’я.

Бо справжній лібералізм ґрунтується на індивідуалізмі, який у розрізі системи охорони здоров’я передбачає високий рівень особистої відповідальності громадян за власне здоров’я, але це окрема тема.

**Інші пропозиції депутатів**

Другий тиждень лютого дав можливість ознайомитися ще з двома альтернативними депутатськими ініціативами – проектами законів "Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування" (№ 3155 від 09.02.2007 та №3155-1 від 12.02.2007).

Це вже надає можливість всім охочим скласти власне уявлення про переваги і недоліки різних моделей медичного страхування на основі загальновизнаних світових підходів їх оцінювання та спостерігати за деякими політичними казусами, коли ліберальні ідеї змішуються з соціал-демократичними.

Тепер нехай вгамується політикум і покаже, які конкретні міркування покладені у основу вибору тієї чи іншої моделі обов’язкового медичного страхування – як відверто правої, ліберально-ринкової цивільно-правової моделі (законопроект № 2192), що базується на Законі України "Про страхування", так і лівішої соціал-демократичної (законопроекти №№ 3155 та 3155-1), що базується на Основах законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування.

Може, почується фаховий коментар відомих юристів, захоплених конституційно-владними баталіями, з приводу юридичної колізії існування новели про обов’язкове медичне страхування у двох різноспрямованих законах, що визначають розвиток законотворчості в цій царині.

Може, будуть в змозі апологети обох альтернативних моделей переконати фахівців і громаду у правильності їх зусиль в розрізі майбутнього правозастосування. Будемо сподіватися саме на це.

Насамкінець хочу наголосити, що головними функціями фінансування ОЗ є створення пулів (об’єднання) та розподіл коштів – рух коштів від багатих до бідних (перерозподіл доходів), і від здорових до хворих (перерозподіл ризиків).

Одним із найважливіших політичних аспектів збору коштів на охорону здоров’я є забезпечення справедливої мобілізації суспільних коштів шляхом попередньої оплати.

Чим прогресивніша система внесків (як мінімум, пропорційна доходу), тим, умовно, справедливіша система фінансування ОЗ в цілому. На відміну від будь-якого методу попередньої оплати медичного обслуговування (податки чи соціальне страхування), безпосередні платежі готівкою під час надання медичної допомоги як значно зменшують ступінь солідарного фінансового покриття видатків на лікування, так і переносять основний тягар витрат на плечі бідних і хворих співгромадян, тобто люди не відчувають соціальної згуртованості, яка допомагає долати труднощі перехідного періоду розвитку економіки.

Конфлікти інтересів, як бізнесових, так і політичних, які безперечно пов’язані з моделлю фінансування СОЗ, найбільшою мірою визначають хід суспільних і політичних дискусій про всі інші характеристики системи охорони здоров’я стосовно розподілу зібраних ресурсів та ефективності їх використання.

Обов’язкове медичне страхування навряд чи залучить додаткові кошти до СОЗ, але точно стане каталізатором змін у сфері пріоритетів та механізмів їх витрачання, сподіваюся на користь саме громадян, а не посередників, як би їх не називали. Давайте думати разом, бо дискредитація реформ лежить не в царині задекларованих цілей, а в спроможності конкретних обраних інструментів їх досягнути.

Олег Петренко, магістр менеджменту організацій охорони здоров’я

Економічна правда

**Використана література**

## 1. Блог про управління в охороні здоровя; Травень 7, 2008 автор: Павло Ковтонюк, Стаття “Державне медичне страхування: цікаво тільки для МОЗ”

2. Українська Гельсінська спілка з прав людини. Стаття Максима Щербатюка “Яким має бути обов’язкове медичне страхування в Україні” 08.11.2006р. http://helsinki.org.ua.index.php?id=1162997437

3. «Правовий тиждень» — щотижнева інформаційно-правова газета. №17-18 (90-91) 22 квітня 2008р. Стаття Андріїшиної Наталі “Перспективи медичного страхування в Україні”

# 4. Економічна правда: “Обов’язкове медичне страхування: що нам пропонують – отруту, плацебо чи порятунок? (Частина ІІ)”. Стаття Олега Петренко, 04.04.2007р.

5. “Ваше здоров’я” медична газета №18 (795) 13.05-19.05.2005р. Стаття Віри Фазлєєвої “ Обов’язкове медичне страхування – важливий елемент соціального захисту населення”

6. http://www1.health.kiev.ua/news/124.html сайт Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення м. Києва. Стаття Валерія Піщикова “Ми шукали й будемо шукати додаткові кошти на охорону здоров’я” . 12.04.2007р.