

**Камінська Тетяна Михайлівна**

Доктор екон. наук, проф. каф. економічної теорії,  
Національний університет «Юридична академія України імені Я. Мудрого»

## **ПЕРЕВАГИ ТА РИЗИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

**Анотація.** Статтю присвячено становленню в Україні соціального обов'язкового медичного страхування, співставленню його вигод та альтернативних витрат. Запропоновано умови, за яких можливі реформи – це подолання тіньової економіки, структурна перебудова охорони здоров'я, поєднання економічних інтересів суспільства, лікарів, медичних закладів та держави.

**Ключові слова:** обов'язкове медичного страхування, тіньова економіка, охорона здоров'я.

**Аннотация.** Статья посвящена становлению в Украине социального обязательного медицинского страхования, сопоставлению его выгод и альтернативных издержек. Предложены условия, при которых возможны реформы – преодоление теневой экономики, структурная перестройка здравоохранения, сочетание экономических интересов общества, врачей, медицинских учреждений и государства.

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование, теневая экономика, здравоохранение.

**Summary.** This article is devoted to Ukraine becoming mandatory health insurance, the comparison of its benefits and opportunity costs. The condition under which reforms are possible is to overcome the shadow economy, the restructuring of health care, a combination of economic interests of society, doctors, hospitals and state.

**Keywords:** mandatory health insurance, the shadow economy, health care.

Світова практика характеризується значним розмаїттям форм і напрямків потоків грошових коштів від пацієнта до лікаря, ступені участі в їх розподілі держави та суспільних інститутів, тобто варіантів фінансування охорони здоров'я. Відмінною рисою розвитку охорони здоров'я в Україні є відсутність системи соціального обов'язкового медичного страхування (ОМС). Вона досить ефективна у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, Канаді (рівень фінансування охорони здоров'я досягає тут 10 - 13 % ВВП), розвивається також у нових країнах ЄС, деяких країнах Латинської Америки та Росії. В Україні рівень державного фінансування охорони здоров'я останні роки коливається на рівні 3,3-3,6 % ВВП. І висновок, на перший погляд, напрашується сам собою: необхідне страхування, яке масштабно використовує адресні податки та додаткові платежі на галузь. За роки незалежності законопроекти щодо впровадження ОМС вносилися у Верховну Раду України вісім разів.

Проте глибший і реалістичний аналіз ринку державних медичних послуг в Україні, шляхів його вдосконалення дозволяє побачити не тільки вигоди, позитивні ефекти, але й певні альтернативні витрати можливого нововведення. Спочатку про вигоди. Соціальне ОМС взагалі виконує функцію перерозподілу суспільних ресурсів. Відрахування на медичне страхування на законодавчій основі включаються до сукупного Національного фонду страхування з територіальними підрозділами, а потім розподіляються відповідно до медичних потреб. Німецька система відрізняється наявністю не одного, а різних медичних фондів державного обов'язкового страхування. Повна сума суспільних ресурсів, потрібних для надання державних медичних послуг складається з бюджетних коштів та ресурсів страхового фонду.

Тобто переваги ОМС полягають у зниженні соціальних ризиків, посиленні соціальної захищеності громадян, виключаються випадки відмови їм у медичній допомозі. Реалізується принцип суспільної солідарності і відбувається перерозподіл

коштів різних страхувальників на користь захворілих, часто неплатоспроможних людей. Існує, наприклад, суперечність між тим періодом життя, коли люди здатні оплатити медичні послуги (середина життя), і віком, коли їм особливо потрібне лікування (на початку та в кінці життя). Тобто виконується принцип солідарності – багатий сплачує за бідного, здоровий за хворого, молодий за похилого.

Крім того, страхові фонди контролюють стандарти якості діагностики та лікування, що послаблює інформаційну асиметрію, властиву ринку медичних послуг, і стимулюють ефективну працю медичних робітників. Зарубіжний досвід свідчить, що самі споживачі також можуть підключатися до оцінки якості лікування за допомогою вибору лікарів. Водночас скорочуються фінансові ризики непередбачених витрат на лікування для індивідуумів, і втрати частини валового доходу за період хвороби робітників роботодавцями.

Це дуже важливо для України, де чверть населення знаходяться за межею бідності, а децильний коефіцієнт, за непрямыми розрахунками, становить 30:1. Без страхування і в умовах поширення тіньових платежів медичним працівникам нерівність громадян щодо розподілу доходів трансформується в дедалі більшу нерівність в оплаті лікування. Фінансування медичних послуг у цьому випадку навіть не пропорційне, а регресивне, на шкоду незаможним громадянам, тому що зі зростанням доходів громадян частка в них витрат в охорону здоров'я зменшується. Більше того, нерівність у оплаті медичних послуг різними верствами населення доповнюється нерівністю в їх отриманні, кінцевому споживанні, бо незаможні верстви населення (насамперед діти, літні люди, психічно хворі) потребують більше лікувально-діагностичних послуг у порівнянні зі звичайними товарами. Вони не в змозі об'єктивно оцінити свої потреби в лікуванні й вимагати їх задоволення від фахівців.

У соціальній захищеності майбутніх пацієнтів ОМС значно переважають не тільки над приватним ринком, але й над добровільним медичним страхуванням (ДМС), з яким пов'язані процеси несприятливого для застрахованих відбору ризиків, через які від страхування відсікаються бідні й літні люди. Комерційні компанії намагаються різними шляхами уникнути страховки такого контингенту. Залучаючи людей з невисокою ймовірністю захворювання, страховики «знімають вершки». Несприятливу селекцію клієнтів краще за все згладжує ОМС: страхування відбувається на законодавчій основі. Держава, яка відображає національні інтереси, теж зацікавлена у розвитку соціального ОМС. Здоров'я не тільки забезпечує добробут і безпеку людини, надає їй свободу й тривале активне життя, що важливо само по собі. Воно створює також передумови для якісного відтворення людського капіталу, насиченості інтелектуальної праці та активної соціально-економічної самореалізації індивіда, тобто є не лише кінцевим, але й інвестиційним благом. Демократизація медичного обслуговування, його загальна гарантована доступність розглядається сучасними економістами як економічний і соціальний імператив постіндустріальної економіки. Нова економіка вимагає переосмислення підходів до рівності, в тому числі охорони здоров'я. Дж. Стігліц навіть закликає не копіювати американську модель розподілу доходів, а звернути увагу на досвід скандинавських країн [1]. Цю ідею на практиці втілює Б. Обама, який розпочав економічні реформи з охорони здоров'я, подолавши опір опозиційних сил і в політиці, і на ринку медичних послуг. Всупереч ліберальним традиціям, основи яких були закладені ще в колоніальний період, у США зараз створюється модель охорони здоров'я, яка покликана охопити медичним страхуванням (приватним і державним) 95% громадян [2, с.91].

Проте соціальне ОМС має свої слабкі сторони. У міру укрупнення єдиного Національного фонду посилюється бюрократизм, асиметрія інформації між верхніми та низовими ланками ієрархії, витрати непередбачуваної поведінки менеджерів та робітників нижчої ланки, оскільки їх важче контролювати. В умовах України зростають загрози тиску місцевої влади на діяльність регіональних фондів, їх підпорядкування своїм інтересам. Крім того, система соціального ОМС є не чим іншим, як монополією, яка схильна до заниження тарифів на медичні послуги у порівнянні з рівноважними цінами на ринку, часто – за рахунок якості та своєчасності надання. Фіксовані ціни мають також схильність до тіньових продажів та черг, які небезпечні для онкологічних хворих. В Україні, де АМКУ очолює представник влади, а не опозиції, вони загрожують недофінансуванню охорони здоров'я при одночасному збільшенні тиску на фонд оплати праці підприємств.

Тіньова кланово-олігархічна економіка підсилює альтернативні витрати впровадження соціального ОМС в Україні. Страхові платежі, як адресні (цільові) податки, призначені спеціально для медицини, в ідеалі мали би суттєву перевагу в додатковому фінансуванні цієї галузі та його прозорості. Насправді приклад Пенсійного фонду, його хронічного недофінансування свідчить про інший стан справ. Навіть підвищення пенсійного віку жінок не сприяло його наповненню. Грошові потоки не є прозорими для суспільства; безперервна монополізація власності і олігархізація влади, приховування доходів в офшорах, несплата страхових платежів – усе це укупі з економічною безгосподарністю не дає приводу сумніватися у банальному витокі грошей з будь-якого фонду. Швидше за все, подібний тренд очікує і Національний фонд медичного страхування у разі його створення. Крім того, додаткові страхові платежі з фонду заробітної плати підприємств спричиняють зростання "сірого" ринку, відштовхують інвесторів.

В економіці «тіньових схем» важко припустити інший спосіб розрахунку медичних закладів із страховими структурами, ніж відшкодування цим структурам частини вартості медичних послуг за надання необґрунтованої переваги певному закладу. Це апіорі призведе до неоптимального використання ресурсів соціального ОМС. І навряд чи скоротить кількість неформальних платежів від пацієнтів лікарям, від лікарів – лабораторним діагностам, продавцям аптек, вищестоящому начальству. Інститут "відкатів", що сформувався за попередні роки аносії та залежності судів спочатку за межами охорони здоров'я, а потім саме тут, пошириться на нові економічні відносини і неминуче охопить відносини між регіональними фондами страхування та Національним фондом. Фармацевтичні фірми будуть лобіювати просування своїх медикаментів. Це призведе до використання не найефективніших препаратів, а тих, за які регіональний фонд зможе краще стимулювати лікарів і чиновників. Врешті-решт ми можемо отримати інституційну та фінансову пастку, коли обраний варіант страхового фінансування більш затратний, ніж попередній і діє попри світову тенденцію стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я. Аналізуючи ОМС в Росії, яке функціонує з 1994 р., російський науковець Т.В.Чубарова резюмує: "Обов'язкове медичне страхування (ОМС) обходиться дорожче, ніж бюджетна охорона здоров'я, при цьому результати аж ніяк не кращі" [3, с.703].

Ось чому однозначно ствердна постановка питання про необхідність соціального ОМС в Україні дуже сумнівна. Вона правильна за суттю, але малоімовірна з огляду на недостатнє виконання ним фінансових і соціальних функцій в українських реаліях. Неефективна структура охорони здоров'я України, в якому переважає стаціонарний

сектор, посилює ризики ОМС. Реформи, що покликані провести технологічну перебудову цієї системи, не викликають довіри у населення. Вони переслідують лише фінансові, а не соціальні цілі, і погіршують регіональну доступність медичної допомоги. До того ж ми живемо у суспільстві тотальної недовіри. Не розроблені стандарти медичних послуг, єдиний перелік цін і тарифів, не прописані відповідальність лікарів, права медичних працівників та пацієнтів тощо.

Насправді нагальним завданням є скорочення тіньової економіки взагалі та охорони здоров'я зокрема, поєднання економічних інтересів суспільства, лікарів, медичних закладів та держави у впровадженні ОМС. Проте сьогоднішній лікар у ньому не зацікавлений, бо отримує посередника і контролера неформальних платежів від пацієнтів. Його офіційна заробітна плата дуже мала. Відповідно до даних Держкомслужби України, якщо середня зарплата штатних працівників за 2012 р. дорівнювала в промисловості 3500 грн., у діяльності транспорту – 3473 грн., державному управлінні – 3441 грн.; в сфері фінансової діяльності – 5953 грн., то в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги – лише 2201 грн [4]. Становленню ОМС протидіють також інші суб'єкти тіньової медицини. Крім того, тіньова економіка означає кризу політики справедливого розподілу ВВП і убогість видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Це джерело замінює страхові платежі для бідних і незаможних, для пенсіонерів у системі ОМС. За таких умов труднощі доступу до отримання якісної і своєчасної медичної допомоги людьми з низьким, а почасти і середнім достатком не зникають. Без подолання тіньової економіки консервується ситуація, за якої альтернативні витрати від страхування перевищують вигоди і результати.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дневник Давоса: Джозеф Стиглиц – о неравенстве, разрушающем мировую экономику / Forbs. – 2013. – 25 января [Электрон. ресурс] – Режим доступа : <http://forbes.ua/selfeducation/reports/1346391-dnevnik-davosa-dzhozef-stiglic-o-neravenstve-razrushayushchem-mirovuyu-ekonomiku>
2. Гулемпинченко, О. В. Реформа здравоохранения в США: дискуссии продолжаются [текст] / О.В. Гулемпинченко // США\*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – №5. – С.85-96.
3. Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние. [Текст] : Научные и публицистические заметки обществоведов / Ред. О. Т. Богомолов, Б. Н. Кузык. – М. : Институт экономических стратегий, 2010. – 800 с.
4. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс] — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>