

ПЕРЕВАГИ І РИЗИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВИХ ІННОВАЦІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Камінська Тетяна Михайлівна

Доктор екон. наук, проф. каф. економічної теорії,
Національний юридичний університет імені Я. Мудрого

Нечипорук Людмила Володимирівна

Доктор екон. наук, проф. каф. економічної теорії,
Національний юридичний університет імені Я. Мудрого

Відмітною рисою розвитку охорони здоров'я в Україні є відсутність системи соціального обов'язкового медичного страхування (ОМС). Така система досить ефективна у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, Канаді (рівень фінансування охорони здоров'я досягає тут 10 - 13 % ВВП), започаткована також у нових країнах ЄС, деяких країнах Латинської Америки та в Росії. Страхування забезпечує стабільність і соціальні гарантії в суспільстві за допомогою механізму фінансового захисту. Упродовж століть страховий захист удосконалювався, змінювалися його організаційні форми, методи компенсації збитків, зростала розмаїтість страхових програм у міру розширення страхових інтересів і зміни страхових ризиків. При цьому на всіх етапах розвитку вирішувалося завдання забезпечення безперервності суспільного відтворення через компенсацію збитків від стихійних та інших небезпек кожного з його учасників.

Відомі два види системи соціального страхування – державне і недержавне. Матеріальним забезпеченням при цьому виступають спеціалізовані фонди грошових коштів. Галузева структура соціального страхування відображає структуру соціальних ризиків, під якими розуміють ймовірність настання випадкових, незалежних від волі людини подій, що загрожують її нормальному відтворенню, фізіологічній та соціально-економічній життєдіяльності.

Усі соціальні ризики можна об'єднати в окремі групи, які саме є предметом певних галузей соціального страхування (табл. 1). Галузева організація соціального страхування може змінюватися з часом та мати особливості в окремих країнах.

Таблиця 1

Форми й типи соціальних ризиків

Старість, інвалідність, соціального ризиків	Постійна непрацездатність ризиків	Постійна втрата доходів на дохід	Пенсійне страхування
Професійні ризиків	Тимчасова або постійна непрацездатність, втрата	Тимчасова втрата доходу	Страховання від медичних випадків (на виробництві та професійних захворювань
Хвороба, травми, наслідки техногенних, природних катастроф, нещасного випадку на	годувальника в родині		

виробництві			
Безробіття	Неможливість працевлаштування	Тимчасова втрата доходу	Страхування на випадок безробіття

В Україні демографічна ситуація має як подібні, так і відмітні риси у порівнянні з іншими європейськими країнами. Однак прогнози щодо її соціальних ризиків невтішні, тож необхідна подальша модернізація соціального захисту. В Україні рівень державного фінансування охорони здоров'я в 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.

Проте слід передбачати не тільки вигоди, позитивні ефекти, але й певні альтернативні витрати можливого нововведення. Переваги ОМС полягають у зниженні соціальних ризиків, посиленні соціальної захищеності громадян, а також виключенні випадків відмови їм у медичній допомозі. Реалізується принцип суспільної солідарності і відбувається перерозподіл коштів різних страхувальників на користь захворілих, часто неплатоспроможних людей. Крім того, страхові фонди контролюють стандарти якості діагностики та лікування, що послаблює інформаційну асиметрію про цю якість, і стимулюють ефективну працю медичних працівників. Зарубіжний досвід свідчить, що самі споживачі також можуть підключатися до оцінки якості лікування, обираючи лікарів. Водночас скорочуються фінансові ризики непередбачуваних витрат на лікування для пацієнтів і втрати частини валового доходу за період хвороби працівників.

Це дуже важливо для України, де чверть населення перебуває 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 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) витрачають більше коштів на медичне обслуговування, ніж на інші товари. Вони неспроможні об'єктивно оцінити свої потреби в лікуванні й вимагати їх задоволення від фахівців.

У питанні соціальної захищеності майбутніх пацієнтів ОМС значно переважає приватний ринок, а також добровільне медичне страхування, з яким пов'язані процеси несприятливого для застрахованих відбору ризиків, через які від страхування відсікаються незаможні й літні люди. Комерційні компанії намагаються різними шляхами уникнути страхування 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. Вона вимагає переосмислення підходів до рівності, зокрема в охороні здоров'я. Дж. Стігліц навіть закликає не копіювати американську модель розподілу доходів, а звернути увагу на досвід скандинавських країн [1]. Всупереч ліберальним традиціям, основи яких були закладені ще в колоніальний період, в США намагаються створити модель охорони здоров'я, яка покликана охопити медичним страхуванням (приватним і державним) 95% громадян [2, с.91].

Проте соціальне ОМС має очевидні вади. З укрупненням єдиного Національного фонду посилюється бюрократизм, асиметрія інформації між верхніми та низовими ланками ієрархії, витрати непередбачуваної поведінки менеджерів та працівників нижчої ланки, оскільки їх важче контролювати. Зростають також тиск місцевої влади на діяльність регіональних фондів, можливе їх підпорядкування своїм інтересам. Власне, система соціального ОМС є не чим іншим, як монополією, яка схильна до заниження тарифів на медичні послуги у порівнянні з рівноважними цінами на конкурентному ринку, часто – за рахунок якості та своєчасності їх надання. Фіксовані ціни провокують тіньові продажі та черги, які унеможливають невідкладну допомогу хворим. Тіньові схеми розподілу фінансових потоків містять загрозу дефіциту ресурсів і хронічного недофінансування медицини. Прикладом є стан Пенсійного фонду. Навіть підвищення пенсійного віку жінок не сприяло його наповненню. Монополізм і олігархізація влади, приховування доходів в офшорах, несвоєчасна сплата страхових платежів – усе це укупі з економічною безгосподарністю не дає приводу сумніватися у банальному витоку грошей з будь-якого фонду, в тому числі обов'язкового медичного страхування (у разі його створення). Крім того, додатковий пресинг на фонд заробітної плати підприємств тягне за собою зростання "сірого" ринку праці, відштовхує 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, начальству. Врешті-решт ми можемо отримати інституційну та фінансову пастку, коли обраний варіант страхового фінансування більш затратний, ніж попередній і діє всупереч світовій тенденції 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 обходиться дорожче, ніж бюджетна охорона здоров'я, при цьому результати аж ніяк не кращі" [3, с.703].

Неефективна структура охорони здоров'я України, де переважає стаціонарний сектор, своєю чергою посилює ризики ОМС. Плановані реформи, що мали на меті технологічну перебудову охорони здоров'я, не викликали довіри у населення. Вони передбачали лише фінансові, а не соціальні цілі, і насправді погіршили регіональну доступність медичної допомоги. Не розроблені стандарти медичних послуг, єдиний перелік цін і тарифів, не прописані відповідальність лікарів, права медичних працівників та пацієнтів тощо. До того ж, ми живемо у суспільстві тотальної недовіри.

Насправді нагальним завданням є скорочення тіньової економіки, зокрема в охороні здоров'я, 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 низька. Крім того, тіньова економіка (яка означає кризу політики справедливого розподілу ВВП і убогість видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я) 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.

ЛІТЕРАТУРА

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. Богомол, Б. Н. Кузык. – М. : Институт экономических стратегий, 2010. – 800 с.