

*В.Е. Кардаш, А.П. Зубович, В.А. Михайлик, В.І. Зімагоров*

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я  
та суспільних наук (зав. – проф. Ц.В. Ясинський)  
Буковинської державної медичної академії

**Ключові слова:** страхова медицина, платні послуги, страховий тариф, клініко-статистичні групи, категорії складності лікування.

**Резюме.** В статті обґрунтовується необхідність впровадження страхової медицини на принципах обов'язкового медичного страхування, розкривається значення бюджетно-страхової медицини для діяльності страхових організацій.

Важкий стан системи охорони здоров'я сьогодення обумовлений, в першу чергу, недостатнім фінансуванням і низькою ефективністю діяльності її закладів [3].

В умовах багатокладності економіки та впровадження ринкових відносин єдине державне фінансування охорони здоров'я невзможливо забезпечити необхідний рівень медичної допомоги населенню. Тому залучення альтернативних джерел фінансування галузі є вузловою проблемою реформування охорони здоров'я. На жаль, ще не прийнятий Закон України “Про медичне страхування громадян”, проект якого був опублікований 11 січня 1997 року в газеті “Ваше здоров'я”, що передбачає впровадження в Україні медичного страхування і на його основі - страхової медицини.

Страхова медицина була запроваджена в кінці XIX століття канцлером Отто Бісмарком в Німеччині. На той час у країні була надзвичайно серйозна соціальна напруга. В тих умовах О.Бісмарк створив у державі громадські фонди фінансування за рахунок всіх форм власності, осіб індивідуальної трудової діяльності, осіб вільних професій. За рахунок цих громадських фондів була створена система соціального страхування, куди входило і обов'язкове медичне страхування [6, 8].

Страхова медицина – це система охорони здоров'я, яка побудована на принципах медичного страхування. В той же час, медичне страхування – спосіб захисту населення від соціальних чинників ризику (захворюваність, тимчасова непрацездатність, смертність та ін.) [2].

Існує два типи медичного страхування – обов'язкове (ОМС) і добровільне або приватне (Д(п)МС).

За ОМС фонди формуються на основі цільового оподаткування відповідно до суспільного договору громадян за рахунок роботодавців всіх форм власності, осіб індивідуальної трудової діяльності, осіб вільних професій (письменників, художників, священиків). Внески в фонд на непрацюючих (пенсіонери, інваліди, студенти) та працюючих в бюджетній сфері виділяють місцеві органи виконавчої влади за спеціальними дотаціями.

Оскільки ОМС розповсюджується на всіх осіб найманої праці за рахунок встановленого законом цільового оподаткування, яке входить в собівар-

тість продукції (товару), то воно одержало назву обов'язкового (соціального).

Тариф (ціна) за надання медичної допомоги застрахованим при ОМС визначається її собівартістю та рентабельністю без прибутку. ОМС – це додаткове джерело державного фінансування охорони здоров'я.

Призначення цієї системи – надання безоплатної та доступної медичної допомоги неплатоспроможному населенню.

Добровільне (приватне) медичне страхування передбачає формування фондів за рахунок внесків платоспроможного населення.

Призначення системи добровільного медичного страхування – надання платних медичних послуг платоспроможному населенню через страхову організацію.

В цій системі діють закони ринкових відносин (індивідуалізм, конкуренція), застосовуються такі досягнення науки про ринок, як маркетинг, менеджмент та ін.[4].

Розмір внесків страхувальників добровільного медичного страхування визначається договором між страхувальником і страховою організацією.

В залежності від форм фінансування системи охорони здоров'я розрізняють:

1. Державну медичну охорону здоров'я (лікувально-профілактичні заклади державні, які фінансуються державою).

2. Некомерційну страхову медицину – систему охорони здоров'я, яка ґрунтується на ОМС (європейський варіант).

3. Комерційну страхову медицину – систему охорони здоров'я, яка побудована на основі приватного (добровільного) медичного страхування (американський варіант).

4. Приватну медицину – систему, за якої лікувальні заклади є приватними і оплата за медичні послуги проводиться безпосередньо населенням.

Якщо в оплаті медичної допомоги населенню бере участь держава, то така модель (система) охорони здоров'я називається бюджетно-страховою.

Після прийняття Закону про медичне страхування створюється страхова організація, яка, впроваджуючи медичне страхування, здійснює такі заходи:

1. Розробляє програму обсягу медичної допомоги застрахованим.

2. Укладає договір з лікарнею (лікарнями), групою лікарів, які будуть надавати медичну допомогу застрахованим.

3. Разом з асоціацією лікарів розробляє форми оплати та форми розрахунку за надання медичної допомоги.

4. Розробляє форми контролю якості надання медичної допомоги застрахованим.

5. Визначає форми захисту застрахованих.

6. Визначає форми обліку надання медичної допомоги застрахованим.

*Укладання договору.* В деяких країнах страхові організації мають свої лікарні. В останній час страхова організація наймає лікарів будь-якої форми власності або лікарню з метою надання медичної допомоги застрахованим, про що укладається договір між лікарнею, лікарями і страховою організацією.

У договорі вказуються права і обов'язки сторін, що уклали його, щодо надання медичної допомоги застрахованим.

Слід зазначити, що лікарні, з якими укладається договір про надання медичної допомоги застрахованим, повинні пройти ліцензування, акредитацію і отримати сертифікат на право надання медичної допомоги застрахованим у повному обсязі.

Страхові організації теж повинні мати ліцензію на право укладання договору і займатися організацією надання медичної допомоги застрахованим.

*Розробка програми об'єму медичної допомоги застрахованим.* Обсяг надання медичної допомоги – це той обов'язковий мінімум, який зобов'язана надати лікарня застрахованим. Програма складається страховою організацією за участю обласного управління охорони здоров'я на основі базової програми країни. Така програма називається територіальною і включає в себе надання застрахованим первинної медико-санітарної допомоги в поліклініці, стаціонарі, а також вторинну і третинну медико-санітарну допомогу.

*Оплата страховими організаціями лікарням (лікарям) за надання медичної допомоги застрахованим.* Існують різні форми оплати за надання медичної допомоги застрахованим, які встановлюються страховою організацією на основі погодження з асоціацією лікарів. Наприклад, оплата дільничним (сімейним) лікарям проводиться залежно від кількості населення яке обслуговується, за лікування в стаціонарі оплата може здійснюватися згідно клініко-статистичним групам (КСГ) (США), категоріями складності лікування (КСЛ) (Росія) та ін.

*Контроль якості медичного обслуговування застрахованих.* Страхова організація не тільки сплачує медичні послуги застрахованим, а і контролює об'єм і якість надання їм медичної допомоги. Контроль включає оцінку стану якості медичної допомоги і розробку заходів щодо її покращання.

У 1987 році ВООЗ розробила критерії оцінки якості надання медичної допомоги застрахованим. До них відносяться:

1. Адекватність надання медичної допомоги, яка повинна відповідати певному рівню.
2. Відповідність медичної апаратури, обладнання, інструментарія сучасному науково-технічному рівню.
3. Ефективність надання медичної допомоги.
4. Економічність надання медичної допомоги.

На основі цих критеріїв розроблені такі підходи до організації та здійснення медичної допомоги застрахованим:

– фінансовий, тобто правильність оплати за надання медичної допомоги населенню;

– структурний – це ліцензування та акредитація лікувально-профілактичних закладів, які надають медичну допомогу застрахованим;

– оцінка обсягу та якості надання медичної допомоги за кінцевим результатом та якість роботи лікарень (лікарів).

*Облік медичної допомоги.* Страхові організації проводять систематичний контроль за обліком хворих, складанням звітів про роботу та інше. Звіти використовуються для оцінки роботи лікарень (лікарів).

*Захист застрахованих страховою організацією.* В разі виникнення скарг з боку хворих, страхова організація вивчає їх суть і вживає адекватних заходів; застосовує штрафні санкції до лікарні (лікаря) за невиконання договірних

умов, за низької якості надання медичної допомоги може зменшити оплату або зовсім не оплатити надану медичну допомогу.

Разом з цим, лікарі створюють асоціації для захисту своїх інтересів.

Таким чином, страхові організації не тільки організують, а і контролюють обсяг та якість надання медичної допомоги застрахованим, включаючи важелі економічного впливу, що дає суттєвий результат.

Система охорони здоров'я, яка виникла в Німеччині на основі громадського фонду, тобто на основі обов'язкового медичного страхування, одержала позитивну оцінку і була запроваджена в країнах Сходу і Заходу, в тому числі в Росії і на Україні.

На відміну від цієї страхової медицини, система охорони здоров'я, яка побудована на основі добровільного медичного страхування, є комерційно-фінансовою і служить інтересам багатих людей.

Разом з тим, ця система сприяє створенню конкурентноспроможних ринкових медичних послуг, впровадженню нових методів діагностики, лікування та сучасних медичних технологій, нових форм надання медичної допомоги, в першу чергу сімейної медицини.

В умовах, які склалися в Україні за різкого скорочення фінансування лікуально-профілактичних закладів з державного бюджету, найбільш прийнятною є змішана система з включенням обов'язкового та добровільного медичного страхування, що забезпечить надання мінімальної медичної допомоги населенню [1,5,9].

**Література.** 1. *Кутузов И.Н.* Принципы и методы построения и разработки программы добровольного медицинского страхования. -Днепропетровск: Коместра, 1993. -40 с. 2. *О страховании.* Декрет Кабинета Министров Украины от 10 мая 1993 //Голос Украины. -1993. -№ 103 (603). -С. 6-8. 3. *Підгорна І.* Передумови впровадження медичного страхування в Україні // Укр. мед. вісті. -1997. -Т.1. -С. 42. 4. *Результати маркетингового дослідження ставлення населення до страхової медицини* (Лехан В.М., Павлов В.О., Заярський М.І. та інші). Праця, екологія, здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. -Кривий Ріг, 1993. -С. 234-236. 5. *Рябова Л.* Общая медицинская практика в пяти европейских странах (Финляндия, Ирландия, Нидерланды, Испания и Соединенное Королевство Великобритании) // Экспресс-информация: Новости из ВОЗ. -М., 1992. -Вып. 103. -С. 2-8. 6. *Скурятівський А.* Правові засади реформування охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. -1997. -Т.1. -С. 48. 7. *Страховое дело* /Под ред. Проф. Л.И. Рейтмана. -М.: Банковский и биржевой научно-консультационный центр, 1992. -524 с. 8. *Чмир В.* Деякі аспекти реформи системи охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. -1997. -Т.1. -С. 56. 9. *Шейман И.М.* Бюджетно-страховая система здравоохранения: Основные характеристики и методы построения: Реформы в здравоохранении. -Кемерово: ИнСЭПЗ, 1992. -Вып. 1. -127с.

## MODERN APPROACHES TO INSURANCE MEDICINE

*V.Ye.Kardash, A.P. Zubovych, V.A. Mikhailyk, V.I. Zimagorov*

**Abstract.** The authors elucidate the question of the need to introduce insurance medicine on the basis of compulsory medical insurance, disclosing the significance of budgetary insurance medicine for the activity of insurance organizations. They also substantiate that insurance medicine is a system of rendering free and available medical aid to the population.

**Key words:** insurance medicine, paid services, insurance tariff, clinicostatistical groups, categories of treatment complexities.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)