

УДК 61:368.4+61:614.254.3

С.В.Білецький, О.В.Крайній

СОЦІАЛЬНІ, ЕКОНОМІЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра сімейної медицини (зав. - проф. С.В.Білецький)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Розглянуті основні моделі організації системи охорони здоров'я населення в різних країнах та перспективи їх впровадження в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, страхова медицина, сімейний лікар.

У світовій практиці під поняттям страхової медицини розуміють класичну систему охорони здоров'я, що поєднує два види медичного страхування: соціальний і приватний.

Соціальне медичне страхування є обов'язковим і забезпечує фінансування обсягу медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Розмір страхового внеску не пов'язаний з обсягом медичної допомоги і станом здоров'я застрахованого. Відповідно до проекту Закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", фінансування медичних послуг населенню в Україні має здійснюватися за рахунок державного бюджету і страхових внесків. У середньому на одну особу передбачається акумулювати 185 грн на рік.

Приватне медичне страхування є додатковим і необов'язковим. Воно охоплює види медичного обслуговування, що залишилися поза полем зору системи обов'язкового медичного страхування. Розмір страхового внеску пропорційний страховому ризику, що залежить від стану здоров'я застрахованого.

У 2002 році в Україні 80 комерційних страхових компаній уклали договори з державними та комунальними лікувальними закладами. Це вдвічі більше, ніж 2001 року (47), коли витрати коштів, пов'язані з наданням медичної допомоги, у розрахунку на одного застрахованого становили 27,4 грн [14].

Основні системи організації медичного обслуговування та можливості їх впровадження:

1. "Ринкова модель" організації системи охорони здоров'я. У цій моделі лікарі та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Страхові компанії також є суб'єктами ринку і діють, виходячи з власних комерційних інтересів. Держава практично не бере участі в системі охорони здоров'я своїми ресурсами, її роль обмежується законодавчим регулюванням відносин суб'єктів ринку та окремими програмами, що компенсують соціальні втрати "ринкової моделі". Реалізація цієї моделі можлива у двох варіантах: у вигляді офіційно проголошеного курсу реформи як переходу на систему добровільного медичного страхування або у вигляді стихійної реформи, некерованого сповзання в ринок. Сьогодні в Україні ніхто серйозно не говорить про свідомий перехід до ринкової моделі у сфері медичної допомоги, після розвалу СРСР ми пасивно обрали сценарій некерованого сповзання у ринок.

2. Модель "ринкові відносини, що регулюються державою" (система Бісмарка). У цій моделі лікарі залишаються вільними суб'єктами, що пропонують свої послуги на ринку. Разом із тим держава законодавчо зобов'язує працедавців солідарно брати участь в оплаті медичної допомоги, використовуючи неприбуткові страхові установи (лікарняні каси). При цьому працедавці оплачують лише частину потрібного внеску, решту сплачують громадяни. На відміну від ліберальної ринкової моделі в системі Бісмарка страхові структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги. Держава в цій моделі практично не бере участі власними ресурсами в забезпеченні медичної допомоги.

Цей варіант практично неможливо реалізувати на загальнодержавному рівні, страхові фонди не зможуть зібрати достатньо коштів для фінансування загальнодержавної системи охорони здоров'я.

3. Модель Бевериджа. У сфері медичної допомоги держава істотно обмежує ринкові відносини між лікарями та населенням. Практично основним джерелом покриття видатків на систему охорони здоров'я є державний бюджет. При цьому змінюються відносини між державою, лікарями та населенням. Лікарі стають найманими працівниками. Пацієнти позбавляються можливості обирати варіанти забезпечення власного здоров'я з різних ринкових пропозицій. Разом із тим система Бевериджа зберігає конкуренцію між лікарями.

Для переходу до системи Бевериджа потрібно вжити таких заходів: замість сьогоденного чинного принципу утримання мережі лікувально-профілактичних закладів впровадити принцип фінансування їх діяльності за фактом надання медичної допомоги; надати пацієнтам свободу вибору лікувального закладу і лікаря; впровадити систему оплати праці медиків, за якої її розмір буде безпосередньо залежати від обсягу та якості наданих послуг. Ця модель - для заможних країн.

4. Модель Семашка. У цій моделі взаємодія лікарів і пацієнтів регламентована практично в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Пацієнти втрачають право обирати лікаря, отримуючи "приписку". Максимально уніфікуються як професійна діяльність, так і умови надання медичної допомоги. Діяльність організаторів системи охорони здоров'я також гранично регламентована.

Опинившись у нових умовах, охорона здоров'я колишніх соціалістичних країн зіткнулася зі зменшенням фінансування в цілому і складнощами при нагромадженні і розподілі фондів. Тому в багатьох країнах ведучу роль відіграють неофіційні платежі. У країнах Східної Європи вони широко поширені при наданні медичної допомоги, а в окремих пострадянських країнах це є основним джерелом фінансування охорони здоров'я.

На практиці фінансування охорони здоров'я в більшості країн здійснюється з декількох джерел. Кошти, що надходять від обов'язкового і добровільного медичного страхування, а також від прямих платежів. Таке положення викликане тим, що обов'язкове страхування з ряду причин не може забезпечити достатній приплив коштів [13].

Зобов'язання надавати медичну допомогу, одночасно зберігаючи загальну доступність медицини, у будь-якому необхідному обсязі для більшості країн є нездійсненною мрією. Для країн, що мають можливість витратити на охорону здоров'я не більше 15 доларів на людину в рік (Азербайджан, Грузія, Таджикистан, Україна) єдиним виходом, принаймні в найближчому майбутньому, є обмеження числа людей, що мають право на безкоштовну медичну допомогу, надаючи її тільки найбільшій, тяжко хворим та за потреби ургентної медичної допомоги [12].

Країни Західної Європи та США мають набагато більший досвід впровадження страхової медицини, оскільки йшли цим шляхом ще з середини 19 ст.

У таких країнах, як Великобританія, Швеція, Данія, Ірландія отримала розповсюдження "Бевериджська" модель. У Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Швейцарії та інших країнах центральної Європи було використано "бісмаркську" модель. Показовою є реформа національного страхування у Великобританії, яка перша запропонувала принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий - за хворого. У подальшому було створено бюджетну Національну службу охорони здоров'я, що призвело англійську систему страхування до ідеалу страхування - "страхування без внесків". В основі лежить суворо централізована національна державна система охорони здоров'я на чолі з міністром - діючим політиком правлячої партії. Бюджет служби охорони здоров'я формується із загальних податкових надходжень.

Німеччина стала найяскравішим прикладом функціонування "Бісмаркської" моделі, водночас поєднавши її із діяльністю лікарняних кас. Структура внесків: 38,3% надходить від роботодавців, 42,7% - від працюючих, 19% - державні надходження.

Страхова медицина в США помітно відрізняється від країн Західної Європи; 75% працюючого населення страхуються своїми роботодавцями. Державні програми медичного страхування охоплюють старих, інвалідів і деякі групи бідних. Майже 14% населення США не мають взагалі ніякого страхування, отримують медичну допомогу в державних лікарнях, фінансованих із фондів благодійності. Разом з тим, на охорону здоров'я в США витрачають приблизно у 2 рази більше засобів, ніж у Західноєвропейських країнах [1].

Унікальним є медичне обслуговування в Японії, яке фінансується із залученням приватного сектора і держави. Особисті витрати населення становлять 12% від

загального обсягу витрат на охорону здоров'я в країні. Люди літнього віку (після 70 років), а також хворі на туберкульоз отримують безкоштовну чи пільгову медичну допомогу. Охорона здоров'я Японії, на відміну від більшості європейських країн, базується, переважно, на приватних медичних закладах (понад 80%).

За показником витрат на здоров'я кожного свого жителя Україна знаходиться на 111 місці серед 191 країни світу. Для того, щоб підтягнутися за рейтингом і забезпечити необхідну медичну допомогу на всіх рівнях, необхідно, як мінімум, 150 доларів на рік на людину, тобто в 7,5 рази більше, ніж є. Ще недавній істотний дефіцит загальнодержавного бюджету значною мірою негативно вплинув на фінансування галузі. Навіть збільшення загальнодержавного бюджету на первинному рівні, тобто на обласному рівні, відсутніх позитивних змін не дало. За нашими даними, реальна кількість витрачених коштів на охорону здоров'я одного жителя України за останні роки, на жаль, зменшувалась.

Кошти, виділені медичним закладам, покривають тільки затрати на заробітну плату та комунальні послуги. Усі інші витрати лікарень, амбулаторно-поліклінічних закладів на медикаменти, діагностичні засоби та інші санітарно-технічні матеріали, необхідні для надання медичної допомоги, залишилися "позабюджетною турботою" керівників згаданих закладів. Практично так званий пересічний громадянин у випадку хвороби, а особливо складного захворювання, залишається сам на сам зі своєю проблемою.

Витрати населення на медичні послуги і ліки сьогодні можна порівняти з обсягом державного фінансування охорони здоров'я. Про це з посиланням на матеріали досліджень говорять спеціалісти. Згідно з цими даними 90% пацієнтів в умовах стаціонарного лікування безпосередньо беруть участь в його оплаті. При цьому сума цих дотацій з боку населення коливається від 10 грн до 3,5 тис. грн на рік. У середньому вартість лікування в стаціонарі одного випадку хвороби для пацієнта обходиться в 380 ± 22 грн. За найобережнішими розрахунками щомісяця українці оплачують лікарняні послуги на суму приблизно 1,5 - 2 млн дол. США. При цьому, значна частина цих витрат (більш як 50%) виплачується як гонорар медичним працівникам. Дуже обтяжливим для сімейного бюджету є і придбання фармацевтичних препаратів. За даними опитування сім'ї, що зверталися за медичною допомогою, тільки на ліки, у середньому, витрачають близько 60 грн. Проведені розрахунки показують, що в рамках міста щомісячні витрати на покупку фармацевтичних засобів складають 9-11 млн грн, або 2,0-2,5 млн дол. США.

Отримані результати свідчать про те, що обсяги реальних фінансових надходжень від населення до системи охорони здоров'я в 10-15 разів вищі, ніж показує офіційна статистика. Їх розмір становить більше, ніж 80% державного бюджету, який виділяється на охорону здоров'я. Видатки на охорону здоров'я в сімейному бюджеті середньостатистичної сім'ї сягає 50-60% прожиткового мінімуму, прийнятого в Україні [2,16].

Саме тому наша держава стала на шлях до страхової медицини. Однак аналіз варіантів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить, що жоден варіант переходу до відомих стійких моделей не може вважатися прийнятним у нинішніх умовах. Реформатори медичної галузі, з огляду на вищесказане, створили пристосовану до вітчизняних реалій модель охорони здоров'я, запозичивши основні розробки з класичної німецької системи, прийнятої в Німеччині більше ста років тому. Нова модель заснована на принципі солідарності, де "багатий платить за бідного, а здоровий - за хворого". У Законі "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" враховуються помилки, допущені іншими країнами при побудові схожої моделі охорони здоров'я. Зокрема, були вивчені позитивні сторони та невдачі реформування в Росії, Польщі та країнах СНД [6,7,11,12].

З огляду на недоліки реформування охорони здоров'я в східноєвропейських країнах, Україна може обійти уже відомі гострі проблеми. Мова йде про створення єдиного страхового Фонду, що фігурує в Законі "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування".

Головними супротивниками цього закону є комерційні страхові компанії. На всіх рівнях вони лобіюють свій інтерес, відстоюючи право одержувати страхові внески від роботодавців. Проте незабаром ці кошти будуть спрямовані до централізованого Фонду медичного страхування [3,4,6].

В Україні, де немає базової системи обов'язкового державного медичного страхування, лікарняна каса - проміжний спосіб реалізації медичного страхування. В основі лежить принцип взаємодопомоги, що передбачає розподіл збитків на всіх членів лікарняної каси. Найважливіший принцип лікарняної каси -

безприбутковий, некомерційний характер діяльності: прибуток не закладається у величину внеску, доходи регулюються витратами. Лікарняна каса - це "третя" сила, здатна взяти на себе контроль за якістю медичної допомоги і використання коштів [8,9].

Майбутнє реформування охорони здоров'я в Україні неможливе без реструктуризації галузі, при цьому основний акцент необхідно зробити на підготовці сімейного лікаря. Саме він є основною дійовою особою в системі первинної медико-санітарної допомоги. Він також є основною дійовою особою в системі страхової медицини в ринкових умовах. Аналізуючи медичну статистику країн Європи та США, можна переконатись, що 90% всіх пацієнтів починають і припиняють лікування на рівні лікаря загальної практики/сімейного лікаря [3,5].

Прогнозована сумарна щорічна економія коштів у системі охорони здоров'я за рахунок впровадження в країні системи медичного забезпечення за принципом сімейного лікаря становитиме 967 млн 878 тис. гривень.

Нижче наведено план дій для відродження охорони здоров'я в Україні [4,10,14]:

1. Держава зобов'язана щороку збільшувати фінансування медичної галузі, довівши його за найближче десятиліття до 10% ВВП.

2. Після прийняття закону про страхову медицину потрібно забезпечити найжорсткіший контроль за діяльністю страхових фондів, заборонивши їм пускати в обіг вільні кошти.

3. Необхідно визначитися з потребою в лікарських установах і медпрацівниках, виключивши дублювання їх, якщо вони перебувають на бюджеті.

4. Сприяті створенню приватних клінік і послуг, за умови контролю за їхньою діяльністю та рівною з іншими медиками відповідальністю за результати лікування й обстеження пацієнтів.

5. Необхідно сформувати інститут експертів-медиків при фондах із числа висококваліфікованих спеціалістів, які мають бездоганну репутацію.

6. Слід на державному рівні розробити таку концепцію розвитку охорони здоров'я, реалізація якої дала б можливість усім громадянам країни отримувати будь-яку (!) медичну допомогу [15].

Усі вищенаведені пункти можна буде виконати, коли управлінський апарат, починаючи від міністерства і закінчуючи маленькою лікарнею, разом з усіма медиками працюватимуть в одній упряжці при винуватні з глибокої ями, в якій опинилася служба охорони здоров'я, прагнучимуть відродження і примноження вітчизняної медицини.

Література. 1. Білецький С.В. Обов'язкове медичне страхування та сімейна медицина // Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи: Матер. конф. Обговорення законопроекту "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування". 27 лютого 2004 р., м. Київ. - С. 203-206. 2. Гималайский М. Медстрахование: хорошо это или плохо? // Новые мед. технологии. - 2001. - №4. - С. 3-8. 3. *Медицина реформа - ринучий крок у вирішенні соціальної програми держави* // Нова медицина. - 2003. - №4. - С. 5-2. 4. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я - стратегія реформування галузі // Лікар. справа. Врач. дело. - 2001. - №1. - С. 3-9. 5. Москаленко В.Ф. Стратегія розвитку охорони здоров'я України до 2010 року // Поглиблення ринкових реформ та стратегія економічного розвитку України до 2010 року: Матер. наук. конф. - Київ: УкрШТЕІ, 1999. - Т.2, Ч.ІІ. - С. 42-43. 6. Пенашева О. Перспективи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Нова медицина. - 2003. - №2. - С. 6-7. 7. *Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи* // За ред. проф. В.М. Пономаренка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - 310 с. 8. Парій В.Д. Із досвіду організації діяльності обласної лікарняної каси як прообразу правового добровільного медичного страхування // Охорона здоров'я України. - 2001. - №1. - С. 27-30. 9. Пономаренко В.М. Сучасні аспекти розвитку і функціонування лікарняних кас в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003. - №2. - С. 66-70. 10. *Програма реорганізації медичної допомоги в Україні*. Общественная инициатива за здоровую нацию "Пульс Украины". - Київ: Перспектива. 2000. - 95 с. 11. Семенов В.Ю. Некоторые итоги развития системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №3. - С. 3-8. 12. Уваренко А.Р. Об итогах функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и перспективах его становления в Украине // Лікар. справа. Врач. дело. - 2003. - №2. - С. 3-8. 13. Чоней І.В. Порівняльна характеристика впровадження страхової та сімейної медицини в колишніх соціалістичних країнах // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. - 2002. - №18. - С. 3-8. 14. Шаповал В.М., Сфименко Т.І. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні // Економіка: проблеми теорії та практики. - 2001. - Вип. 112. - С.111-117. 15. Юркин Г. От обязательного медицинского страхования к медико-социальному // Врач. - 2001. - №7. - С. 42-43. 16. Юркин Г. Система обязательного медицинского страхования: проблемы функционирования и модернизации // Врач. - 2003. - №1. - С. 61-62.

SOCIAL, ECONOMIC AND LEGAL ASPECTS OF INSURANCE MEDICINE

S.V.Biletskyi, O.V.Krainii

Abstract. The basic models of the organization of the system of public health service of the population in various countries and prospects of their introduction in Ukraine are considered.

Key words: public health service, insurance medicine, family doctor.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №4,- P.141-145

Надійшла до редакції 26.07.2004 року
