

# МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН: ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Стеценко Валентина Юріївна,

Українська академія бізнесу та підприємництва

Ключове місце в питанні реалізації права громадян на отримання якісної медичної допомоги займає організація охорони здоров'я, ефективність її функціонування. В даний час спостерігається тенденція до відновлення урядових ініціатив по впровадженню в Україні обов'язкового медичного страхування. В зв'язку з цим особливої актуальності набуває аналіз можливих систем організації і фінансування охорони здоров'я, зарубіжний досвід в цій сфері.

Як відомо, вже в стародавніх цивілізаціях діяли певні правила, які регулювали діяльність по наданню медичної допомоги. Так, ще в Стародавньому Вавілоні в кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) було сказано, що коли хірург шляхом операції за допомогою бронзового ланцета врятує життя пацієнтові, то він отримає 10 шекелів срібла. Такий характер відносин між пацієнтом, лікарем і державою визначає модель платної медицини: за всі медичні послуги платить або сам хворий, або його родичі і друзі безпосередньо при отриманні допомоги.

Проте у міру розвитку людства, подовження тривалості життя людини, ускладнення умов його існування зростала і потреба в медичній допомозі. В результаті часто траплялося так, що люди, які потребували лікування, не могли його сплатити і, відповідно, не отримували цього лікування. Тоді народилася ідея створення загальних фондів або кас, куди люди, об'єднані за родинної, професійної або територіальної ознаках, вносили невеликі платежі, які призначалися на оплату у разі потреби медичної допомоги. Так, у загальних рисах відбувалося становлення моделі страхової медицини. Система страхування вимагає визначеного, достатньо високого рівня організації суспільства і суспільної свідомості [1, с. 11–12].

Таким чином, з точки зору організаційно-фінансових особливостей, можна виділити наступні основні моделі організації охорони здоров'я: переважно приватну, національну, державну та страхову. Зараз практично немає країн, які використовують тільки одну з цих моделей. У переважній більшості країн є поєднання 2–3 різних форм з переважанням якоїсь однієї моделі.

**Приватним системам** охорони здоров'я властива безпосередня оплата хворого за надану послугу. У чистому вигляді така система охорони здоров'я зараз не існує, крім того в більшості розвинутих країн прагнуть не допустити або істотно обмежити безпосередню оплату медичної допомоги пацієнтами.

Для **національних систем** характерно фінансування за рахунок загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Національна система охорони здоров'я припускає рівні права в отриманні медичної допомоги всіх громадян, а також контроль за функціонуванням системи з боку парламенту, прозорість фінансових потоків, підзвітність охорони здоров'я суспільству і т.п., що складає основи парламентаризму, законності, демократії і громадянського суспільства в країні. При цьому повинно мати місце високе відчуття відповідальності за здоров'я, розуміння його значущості для перспектив розвитку країни, оскільки для податкової системи характерна безадресність, і виконавча влада цілком може витратити бю-

джетні кошти відповідно до запропонованого нею ж розподілу за законодавчо затвердженими статтями [2, с. 47].

До недоліків національної моделі відносять:

- схильність до монополізму;
- ігнорування прав пацієнтів;
- як правило, відсутність можливості вибору лікаря, лікувальної установи;
- зниження якості медичних послуг із-за диктату того, хто їх надає (виробник, продавець);
- відсутність можливості здійснення контролю за діяльністю лікувально-профілактичних установ з боку користувачів, споживачів медичних послуг [1, с.16].

Автором даної системи є лорд Беверідж, який запропонував її в 1942 р. і яка 1948 р. була прийнята в Великобританії. В теперішній час британська медицина визначає доступність послуг для кожного, безкоштовне медобслуговування для тих, хто має право на проживання в країні, незалежно від громадянства і рівня доходів. Крім того, національна система охорони здоров'я надає своїм громадянам істотні пільги стосовно придбання ліків. Для дітей і підлітків віком до 16 років, для студентів до 18 років і тих, кому за 80, медикаменти надаються безкоштовно. Для пенсіонерів, тобто осіб 65 років і старше передбачається система знижок, що визначається розміром пенсії і рівнем їх добробуту.

Підпорядкування системи охорони здоров'я місцевим органам влади не існує. Ланка первинної медичної допомоги у Великобританії представлена загальними лікарськими практиками (ЗЛП) — груповими або індивідуальними. Вторинна медична допомога (в тому числі значна частина послуг, котрі в Україні здійснюються у поліклініках) реалізується в госпіталях. Крім того, широко розповсюджені державні центри стаціонарного догляду. Це невеликі (понад 50 ліжок) лікарні, що не мають свого лікарського персоналу. Більшість послуг тут здійснюється медичними сестрами.

У Великобританії охорона здоров'я фінансується, в основному, шляхом прямого загальнодержавного і прогресивного оподаткування. Бюджетне фінансування доповнюється добровільним страхуванням в приватних страхових компаніях, що дає право вибору як фахівця, так і лікувальної установи, а саме приватної клініки.

Треба відзначити, що, не дивлячись на бюджетне фінансування, охорона здоров'я Великобританії не перетворилася на монополізовану систему завдяки збереженню незалежності лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров'я і дозволу приватної практики за сумісництвом лікарям-фахівцям, що працюють в державних медичних установах. Лікарі загальної практики не знаходяться в штаті муніципальних установ охорони здоров'я, а працюють на основі індивідуального контракту з управліннями сімейного здоров'я. Певною мірою обійшла Великобританію і гостра проблема підвищення вартості лікування, оскільки в умовах бюджетних обмежень доводиться економити і добиватися раціонального і ефективного господарювання.

Але і тут є свої проблеми. Однією з найгостріших проблем сучасної британської медицини є черги. До останнього часу в країні існувала приписка до лікарської діяльності. Тобто, у випадку виникнення проблем із здоров'ям, необхідно записуватися на прийом до закріпленого лікаря і очікувати своєї черги (до тижня). Ще гірше йшли справи зі стаціонарним лікуванням. У 1997 році пацієнти стояли в черзі на лікування до 18 місяців — після огляду приватного лікаря, отримання консультації і діагностики [3, с. 19]. В значній мірі такий стан справ був обумовлений практично повною відсутністю права вибору хворим лікаря і лікувальної установи.

В зв'язку з цим в липні 2000 року Національна служба охорони здоров'я Великобританії почала процес реформування своєї структури. Перш за все, була збільшена чисельність персоналу Національної служби. З кінця 2005 року надано право вибору, принаймні, з чотирьох або п'яти лікувальних установ. Планується, що в 2008 році пацієнти зможуть вибирати будь-якого постачальника, відповідного стандартам Великобританії, в межах максимальної державної ціни, яку буде сплачувати хворим Національна служба охорони здоров'я. Для цього вирішено залучити приватні медичні організації, які будуть надавати до 15% послуг від імені Національної служби охорони здоров'я. Комісія з охорони здоров'я буде перевіряти всі організації, незалежно від того, чи відносяться вони до цієї служби або ж є приватними.

Крім того, в 2008 році встановлюється залежність системи оплати праці медиків від вибору пацієнтів. Чим вище вони оцінять послуги охорони здоров'я, тим значнішими будуть фінансові вливання [3, с. 19]. Але, всі ці заходи потребували збільшення фінансування. За сім років середні витрати на душу населення виросли з 680 до 1345 фунтів стерлінгів.

Як бачимо, національна модель охорони здоров'я в Великобританії з доповненням її добровільним медичним страхування, а також активним залученням приватного сектору, функціонує відносно ефективно. Але, думається, для українських реалій вона не дуже підходить через безадресність фінансування і високу вартість. Йдеться перш за все про те, що, на жаль, у значній частини українських політиків відчуття відповідальності за здоров'я нації знаходиться не на високому рівні. Також не слід забувати, що розміри вітчизняного бюджету мізерні для такого об'ємного фінансування.

**Державна система** охорони здоров'я була запропонована на початку 20-х років ХХ ст. М.О. Семашком і була положена в основу охорони здоров'я СРСР, колишніх і сучасних соціалістичних країн. Характерним для даної системи також є фінансування за рахунок загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Проте, на відміну від національної системи, для державної характерна домінуюча роль держави в організації діяльності галузі, надцентралізація управління і повністю централізоване фінансування. Охорона здоров'я має низький рівень пріоритетності серед інших галузей, оскільки відноситься до невиробничої сфери. При цьому пацієнти і медичні працівники в такій системі мають мало прав, а громадськість не може впливати на процеси, які відбуваються.

Проте, не дивлячись на всі недоліки даної системи, і вона може працювати у достатній мірі ефективно. Яскравий приклад тому, охорона здоров'я Білорусії, де в основних рисах збережена система М.О. Семашка, і яка займає відносно непогане 72 місце в світі за рівнем розвитку охорони здоров'я. Не дивлячись на всі наявні труднощі цієї країни, норма Конституції Білорусії про безкоштовність медичної допомоги — тут не примарна мрія, а реальність. В даний час бюджет охорони здоров'я тут складає 4,5–5% ВВП, що є достатньо пристойним показником.

Подібні успіхи охорони здоров'я були обумовлені вмiлим перерозподілом ресурсів, наданням відносної свободи керівництву на регіональному рівні, економічним і раціональним витрачанням бюджетних коштів. Крім того, до таких традиційних джерел фінансування державних організацій охорони здоров'я як кошти республіканського і місцевих бюджетів, додалися прибутки від комерційної діяльності, кошти від медичних видів страхування, кредити банків, добровільні пожертвування фізичних та юридичних осіб. При цьому надання платних послуг суворо обмежене і жорстко регламентується державою.

**Страхова система** охорони здоров'я в даний час поділяється на: обов'язкове і добровільне (приватне) медичне страхування. Перше припускає обов'язкову сплату внеску для всіх з різними модифікаціями (платить працівник або роботодавець, або ж вони платять спільно у певних пропорціях), де страховий поліс є гарантом отримання будь-якої допомоги, окрім особливих випадків. Така система заснована на чітко вираженій суспільній солідарності. У другому ж випадку, людина безпосередньо страхує себе на випадок виникнення необхідності в отриманні тієї або іншої медичної допомоги.

Істотними відмінностями системи страхування від інших систем є:

- цілеспрямованість та адресність страхового внеску, який може бути використаний тільки в чисто медичних цілях;
- можливість здійснення контролю страхувальником і застрахованим за використанням страхових коштів;
- можливість вибору застрахованим лікаря і лікувально-профілактичної установи;
- обмеженість ролі уряду, який при обов'язковому медичному страхуванні вирішує тільки певне коло завдань (визначає перелік основних видів допомоги, що надаються в рамках системи, визначає групи застрахованих і величину страхового внеску, встановлює правила взаємодії всіх сторін і т.д.), а при добровільному страхуванні бере участь тільки в частині регламентації діяльності страхових організацій.

Вперше обов'язкове медичне страхування в законодавчому порядку було введено в Пруссії в 1845 р., ще до виникнення Німеччини як єдиної держави. Закон зобов'язував працівників певних (але не всіх) професій і спеціальностей бути застрахованими на випадок захворювання. Надалі розуміння того, що нація повинна мати достатні гарантії в питаннях соціальної захищеності для всіх громадян привело до розробки і ухвалення в 1883 році закону про медичне страхування на території всієї Німеччини. З тих пір системи організації охорони здоров'я, які засновані на принципах страхування, мають назву "бісмаркськими" системами за іменем тодішнього канцлера Отто фон Бісмарка [1, с. 12–13].

Найбільших успіхів серед країн з бісмаркською моделлю охорони здоров'я добилася Франція. Система охорони здоров'я Франції в червні 2000 р. була визнана ВООЗ "кращою системою надання медичної допомоги в світі". Вона дозволяє всім французам користуватися як традиційними терапевтичними послугами, так і новітніми науковими досягненнями. Підтвердженням ефективності організації охорони здоров'я є високий рівень здоров'я нації і щорічне підвищення очікуваної тривалості життя населення більш ніж на три місяці.

Французьке законодавство передбачає цілу низку різних прав населення в медичній галузі. Майже для 96% громадян терапевтичні послуги абсолютно безкоштовні або ж повністю відшкодовуються. Французи також мають право вибору між медичними установами, не залежно від рівня доходу і величини страхового внеску. Наприклад, вони можуть звернутися за консультацією до багатьох лікарів загальної практики, фахівців державної, приватної, університетської клініки. Соціальна група з найменшими доходами має безкоштовний універсальний доступ до медичного забезпечення, який повністю фінансується податками. Списки очікування для виконання хірургічних втручань взагалі не знайомі французьким громадянам.

У Франції медичне страхування є гілкою системи соціального забезпечення. Воно фінансується податками на заробітну плату, пропорційними прибутковими податками, а також непрямими податками на алкогольні і тютюнові вироби.

Однією з фундаментальних переваг французької системи охорони здоров'я може рахуватись тісна співпраця між державними і приватними медичними структурами, яка дозволяє уникнути списків очікування на виконання хірургічних маніпуляцій. Приватні лікувальні установи Франції працюють дуже активно і виконують більше 50% хірургічних втручань, а також проводять лікування 60% випадків злоякісних новоутворень.

Цікаво, що не дивлячись на те, що пацієнти мають доступ до дуже великого за європейськими стандартами вибору медичних послуг при державному забезпеченні, широке розповсюдження має також додаткове страхування (більше 80% населення).

Всі ці блага обходяться французькому уряду не дешево. За 2005 р. сума медичних витрат у Франції склала 181 млрд. євро, або 10,6% від валового внутрішнього продукту, що за показником витрат на охорону здоров'я забезпечило Франції четверте місце після США (15,3%), Швейцарії (11,6%) і Німеччини (10,9%) [4, с. 20–22]. Збитки цієї системи складають близько 13 млрд євро в рік.

В зв'язку з цим уряд Франції був вимушений запровадити заходи, які були спрямовані на зниження витрат. Перш за все, це активне впровадження практики залучення лікарів первинної ланки для обмеження потоку пацієнтів до спеціалізованих установ як це прийнято в багатьох інших європейських державах. По-друге, це переконання французів частіше звертатися за допомогою не до дорогих фахівців, а в економічні клініки. Треба мати на увазі, що приватна практика практично не є об'єктом урядового менеджменту, що означає велику свободу дій для лікарів, а це часто призводить до збільшення витрат на терапевтичні послуги. Крім того, у Франції існує, на жаль не чужа нам, практика зловживаннями лікарняними листами, що також стало об'єктом урядових реформ.

Прикладом країни, яка має переважно систему приватного медичного страхування, можуть бути США. В США медичне страхування добровільне і здійснюється або в приватному порядку, або роботодавцем (у переважній більшості випадків), який зовсім не зобов'язаний його надавати. В основному своїх співробітників страхують крупні компанії. В результаті не всі американські службовці забезпечені страхуванням. На сьогоднішній день приватним медичним страхуванням охоплено близько 75% населення США. Медицина США вважається найдорожчою в світі, на потреби охорони здоров'я витрачається понад 15% ВВП, але при цьому за оцінкою ВООЗ країна знаходиться на 37 місці.

Американців старше 65 років, а також тих, хто наближається до цього віку і має серйозні порушення стану здоров'я, страхує держава в рамках програми Medicare. Дана програма частково фінансується за рахунок податку, що стягується з тих, хто працює, — як з найманих робочих, так і з роботодавців, а частково із загальних надходжень прибуткового податку. В цілому цей податок складає близько 15% доходу зайнятих американців. Крім того, діє програма Medicaid, яка передбачає страхування малозабезпечених американців, переважно жінок і дітей з бідних сімей. Ця програма фінансується федеральним урядом з надходжень від загального податку, і органами управління штатів (приблизно 50 на 50).

Проте є багато американців, не охоплених ніякими видами страхування. Багато хто з них працює, але роботодавці не забезпечують їх медичною страховкою, а самі сплачувати страховку вони не мають можливості. В той же час ці люди дуже молоді, щоб відповідати вимогам Medicare, не відносяться до категорії незабезпечених і на них не розповсюджується програма Medicaid. За різними оцінками, число незастрахованих американців коливається від 20 до 50 млн чол. (8–20% населення) [5, с. 4].

Велика частина витрат на медичні послуги в США покривається за рахунок добровільного медичного страхування, яке сплачується роботодавцями, а також урядом. Проте, на громадян припадає значна частина витрат за надані медичні послуги. Ці платежі прийнято вважати механізмом регулювання і відповідного зниження витрат (якщо працівник оплачує частину витрат самостійно, він рідше звертається до лікаря). В результаті застосування такого механізму солідарної оплати багато американців оголошують себе банкрутами із-за хвороби або нещасного випадку, хоча у більшості з них була медична страховка, коли вони вперше захворіли. Роботодавці все частіше забезпечують співробітників страховими програмами з мінімальною сумою покриття, стверджуючи, що це примусить їх відповідальніше відноситися до свого здоров'я. У результаті пацієнтові доводиться самостійно сплачувати масу медичних послуг, які не покриваються страховкою.

Таким чином, наша держава об'єктивно потребує зваженої аналітичної інформації стосовно практики втілення у життя медичного страхування різних країн. Ми поділяємо ідею стосовно необхідності запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

### Література

1. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах. – М.: “Федеральный фонд ОМС”, 1997. — 256 с.
2. Комаров Ю. Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. — 2004. — № 12. — С. 46–59.
3. Великобритания модернизирует здравоохранение // Медицинский вестник. — 2006. — № 6. — С. 19.
4. Нагребецкий А. Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире ещё не предел // Здоровье Украины. — 2007. — № 181.
5. Терсина О. Медицинское страхование в США // Аптека. — 2003. — № 32.