

Богдан ТРАЧ

МІСІЯ: ОЧИЩЕННЯ КРИНИЦІ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Найбільше багатство кожної нації — її здоров'я. Його забезпечують соціальні структури, покликані оберігати й збагачувати етнокультуру. Йдеться про ті напрями, які утверджують національну культуру, мову, духовні устремління, моральні засади суспільства. З-поміж названого одне з визначальних місць належить охороні здоров'я народу, яку мусить забезпечувати система медичної опіки у країні. Її функції органічно пов'язані й з профілактикою захворювань, тобто збереженням здоров'я кожної людини.

Здоров'я — це стан, що поєднує духовне, фізичне, соціальне, з одного боку, й відсутність хвороб, фізичних вад людини — з іншого. Забезпечити цей стан — одне з найголовніших завдань кожної держави.

На жаль, реалії сьогодення щодо охорони здоров'я у нашій державі не додають оптимізму. За останнє десятиріччя в Україні зріс відсоток захворюваності і смертності серед населення. Це пояснюється багатьма причинами, зокрема¹:

1) відчуження від людей бюджетних коштів на медичне забезпечення: кошти формуються з розрахунку на мешканця країни, а використовуються чиновництвом від медицини імперативно з розрахунку на ліжко чи поліклініку існуючої мережі лікувальних закладів;

2) кошти формуються за рахунок платників податків для забезпечення оздоровчо-лікувальних процесів серед населення країни, але фактично використовуються на утримання існуючих медичних конгломератів, які здебільшого нерентабельні і, відповідно, не мають попиту на ринку медичних послуг.

Такий стан речей зумовлений існуючою системою фінансування ОЗУ „згори донизу“ через низку адміністративних утворень — від міністерств аж до регіональних адміністрацій. Унаслідок того кошти витрачаються переважно на утримання існуючих імперативно медичних закладів, а не

¹ Трач Б. Впровадження бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я України — одна із підвальних умов успішного розвитку сімейної медицини // Гуманістичний вісник. — Львів, 2006. — С. 169—174.

на забезпечення належного оздоровчо-лікувального процесу серед людей.

Візьмемо для прикладу Львівську область: захворюваність тут становить понад 79 на 10 тис. населення; народжуваність — менше 9,0; смертність — понад 12,0. І це за наявності великої кількості лікарів — понад 48 на 10 тис. населення (в Україні — 41, у Канаді — 18) і лікарняних ліжок — понад 94 на 10 тис. населення (в Україні — 85, у Канаді, Німеччині — у 2 рази менше).

Наші лікарі й лікарняні ліжка здебільшого до 70 і 55 відсотків відповідно — в обласних центрах. І як наслідок — ОЗУ існує сама по собі, споживаючи левову частку бюджетних коштів (адміністрування, усякого роду службові зловживання, витратність, невідповідність опіки потребам ринку тощо).

Отже, з огляду на складність нашої ситуації на порядок денний маємо ставити питання про реформування існуючої системи ОЗУ.

Ми вважаємо, що належні сучасні форми медичної опіки в регіонах України можна розвинути на засадах принципів територіально-родинного медичного обслуговування населення лише за наявності страхового принципу фінансування ОЗУ.

Система „Здоров’я“ — це сукупність певним чином пов’язаних між собою підрозділів і напрямів діяльності. Вони спрямовані на забезпечення стратегічної мети. Відповідно тут окреслюється сукупність компонентів, взаємодія яких породжує нові якості. Йдеться про модель системи охорони здоров’я, що розвивається у країні загалом і в її регіонах — зокрема.

Головна мета системи „Здоров’я“ — забезпечення здоров’я населення, збереження його працездатності. Успішність реалізації цього процесу забезпечується гармонійним поєднанням профілактики, діагностики, лікування, управління. Усе це ґрунтується на належних принципах фінансування.

У світі у класичному варіанті існують три системи охорони здоров’я.

Передусім йдеться про державну (система Беверіджа), яка передбачає здійснення повноцінних програм профілактики, лікування кожної людини коштом держави (Великобританія, Іспанія, Португалія, Греція, Італія, Данія, Ірландія, Канада).

Друга система ґрунтується на загальному всеохопному медичному страхуванні громадян (страхова система Отто Бісмарка); вона забезпечує оздоровлення і лікування людини за рахунок відповідних страхових коштів (Німеччина, Бельгія, Голландія).

На східних теренах Німеччини ця система була вдосконалена в 1991—1992 роках тим, що медичне страхування охоплювало громадян через Міністерство соціального страхування (для соціальних верств населення) і Міністерство праці (як для пенсіонерів, так і для працівників), а також через

індивідуально-приватні запити до медичних страхових компаній (для забезпечених громадян).

Третя — це ринкова або приватна система охорони здоров'я. Її забезпечують різноманітні форми фінансування: бюджет, страхування, оплата медичних послуг пацієнтами (США).

Кожна з цих систем має свої переваги та недоліки.

Перевага *державної системи охорони здоров'я* полягає у центральному й регіональному плануванні оздоровчих процесів з відповідним фінансуванням, управлінням та контролем за якістю з боку держави. Її недоліки: недостатність стимулів для підвищення ефективності оздоровчо-лікувального процесу; обмеження витрат на охорону здоров'я за допомогою макроекономічних методів; обмеження прав пацієнтів у процесі стосунків основних суб'єктів юридичного права (пацієнт — лікар); дискримінація доступності до медичної опіки для окремих верств населення чи адміністративних територій; пріоритетне фінансування медичних закладів третього (обласний) і другого (районний) рівнів; бюрократизм та авторитаризм управління тощо.

Переваги *страхової системи*: децентралізація фінансування; право вибору страхового фонду; забезпечення контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу та витратами лікувально-профілактичних засобів через пацієнта і фонд; розподіл функцій держави й органів, що фінансують та надають медичні послуги; забезпечення раціональності фінансових витрат і належної ефективності фінансових послуг. Її недоліки: тенденції до зростання вартості медичних послуг; недостатня увага до громадської охорони здоров'я; високі адміністративні витрати на аналітичні заходи й розрахунки.

Переваги *ринкової системи*: широкий вибір послуг на ринку медичної опіки; відсутність черг у медичних закладах; гарантія доступності медичних послуг; забезпечення конфіденційності лікування, високої якості обслуговування та уваги до пацієнта. Її недоліки: висока вартість медичних послуг; недоступність опіки для малозабезпечених людей (у США близько 40 відсотків громадян не страхуються; у разі захворювання пацієнти змушені витратити на це свої готівкові кошти); неадекватність медичних служб потребам ринку послуг; недостатня увага до послуг пацієнтам у домашніх умовах; обмежений спектр допоміжного персоналу для догляду за хворими і проблематичність забезпечення контролю за якістю медичних послуг.

Отже, усі названі системи медичної опіки, що існують сьогодні в різних державах світу, не ідеальні.

Це звучить вагомо нині, коли світ глобалізується, переходить до відповідних ринкових засад господарювання і є актуальним передусім для держав, що постали після розпаду комуністичної системи: країни СНД,

Польща, Болгарія, Угорщина. Тут спостерігаються тенденції переходу від засад першого типу до засад другого типу охорони здоров'я (ВООЗ: Е. М. Immergut, 1995)².

У багатьох державах закріплюється практика соціального страхування: кошти надходять через сплату податків згідно з угодою між працівниками і працедавцями та частковою доплатою держави.

Наприклад, в Іспанії відбуваються зміни в напрямі одержавлення охорони здоров'я. У Великобританії система здоров'я доповнюється ринковими елементами забезпечення. У Франції та Нідерландах оптимізуються процеси в рамках страхової системи опіки. У рамках ринкової системи в США існують оптимальні варіанти фінансування: 60 відсотків — державний бюджет, 30 відсотків — медичне страхування; 10 відсотків — платні послуги.

В основі нинішних систем охорони здоров'я (ОЗ) лежать механізми їх фінансування. Воно може бути ефективним лише в умовах належної організації медичної допомоги, рентабельного використання матеріальних і кадрових ресурсів, відповідних управління і самоуправління. Усі процеси повинні починатися від людини, підніматися „знизу догори“ через її фінансову частку в сукупному фінансовому продукті системи.

Маючи бюджетне фінансування ОЗ, ми говоримо про існування в Україні бюджетно-страхової системи фінансування ОЗ. І це добре. Адже існує ґрунт для загосподарення належної соціально-страхової системи ОЗ, яка успадкувала б переваги й усунула недоліки нинішних систем на засадах: а) загосподарення кваліфікованої лікарської опіки (КЛО) на першому територіальному рівні (біля житла людей); б) удосконалення і приведення до необхідної потреби КЛО на другому територіальному рівні (райони); в) дезконгломерації медичних закладів і їх висококваліфікованої спеціалізації на третьому рівні (в обласних центрах) КЛО.

Обов'язкове медичне страхування передбачає зміни принципів фінансування: через мешканця і його персоніфіковану, приватизовану й комерціалізовану страхову бюджетну частку „знизу догори“, за допомогою лікаря кабінету лікарської практики біля житла людей і громадських регіональних страхових фондів. Останні забезпечують контрактну систему функціонування медичних закладів і запровадження різних форм їх власності (державні, громадські, харитативні, приватні) та відповідні економічні форми праці фінансових ресурсів через банківський механізм (нині кошти на ОЗУ — затратні, вони щезають, як вода в пісок, за допомогою надмірного бюрократичного апарату ОЗУ).

²Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. — Львів, 1999.

Історія медичного страхування в Україні починається з чину людей на основі солідарного відшкодування (у Галичині воно відслідковується у містечках з Магдебурзьким правом — XIII—XIV ст.); лікарняних кас (заводських і об'єднаних) у Миколаєві, Харкові, Києві. На початку XIX ст. в Україні були вже ознаки розвитку страхової медицини, що ґрунтувалася на 1—2 відсотках податку від заробітку працівників у разі захворювання чи каліцтва. У структурі витрат коштів приблизно 55 відсотків займали витрати на медичну допомогу; близько 15 — на медикаменти; 11 — на забезпечення керування медичною опікою; решта коштів: відрахування до резервного депозиту, обігові кошти та інші витрати.

Після революції засади цього процесу були зруйновані. Чинности набрало „Положення про соціальне забезпечення працюючих“ від 31 жовтня 1918 року.

В Україні лікарняні каси ліквідовані 1921 року.

В період НЕПу (з березня 1921 р.) медичні заклади перейшли на фінансування з місцевих бюджетів: скорочення центральних витрат, проблема пошуку джерел фінансування. Це стало стимулом розвитку медичного страхування, хоча воно було обмежене рамками страхування робітників. Закріплював це Декрет Раднаркому України „Основні положення про соціальне забезпечення робітників і службовців та членів їх родин на випадок хвороби“ від 10 грудня 1921 р.

На виконання Декрету у структурі Наркомату ОЗУ був створений відділ робітничої медицини, а на місцях — три відомства: заклади праці; органи соціального страхування; організації соціальної медицини.

У структурі соціального страхування був створений спеціальний фонд „Г“ — страховий фонд лікарської допомоги з цільовим призначенням:

- 1) медична допомога хворим з невідкладними процесами;
- 2) амбулаторне, загальне, спеціальне лікування хворих;
- 3) пологодопомога;
- 4) лікарняне лікування;
- 5) організація дитячих ясел, жіночих консультацій, будинків матері і дитини, закладів охорони здоров'я дітей;
- 6) спеціальна допомога у фізіотерапевтичних і ортопедичних інститутах, диспансерах, санаторіях;
- 7) санаторно-курортне лікування.

Робітнича медицина стала страховою і досягнула певного результату. Але 1927 року, з переходом України на державну форму медицини, цей підрозділ був скасований.

На землях Західної України страхові принципи медичної опіки здійснювалися відповідно до чинних законів країн, що тут існували. Переважно це були лікарські каси та платні медичні послуги.

1885 року на території тодішньої Австро-Угорщини всі страхові каси об'єднували понад 40 відсотків робітників промислових підприємств. Згодом було ухвалено закон про обов'язкове медичне страхування усіх робітників. Страхові внески становили 1,5 відсотка від заробітної платні.

Нині ж кожен громадянин України до бюджету на охорону здоров'я сплачує 12 відсотків від своїх прибутків. Проти того, що було раніше, і того, що є у світі, — це немало і є не чим іншим, як основою бюджетно-страхового принципу фінансування ОЗУ. Щоб це було в реальному юридичному полі, треба здійснити реформування існуючої системи ОЗУ на економічних засадах, що охоплюють такі поняття, як рентабельність системи, прибутковість коштів та прибуток. Це зумовить зростання якості медичної опіки, підвищення рівня її наслідків, розвиток бази профілактично-оздоровчо-реабілітаційних та інших можливостей обслуговування біля житла людей.

Маючи це на меті, варто ухвалити Закон України „Про обов'язкове медичне страхування“ і на його основі персоніфікувати, приватизувати й комерціалізувати в середньому сукупну солідарну бюджетну частку громадян України на медичні послуги з подальшим її загосподаренням через страхові поліси громадян і страхові регіональні механізми. Це було б основою функціонування медичних послуг громадян „знизу догори“. І це юридично закріпило б в Україні соціально-страхову систему ОЗ.

Німеччина була однією з перших країн, де почалося і закріпилося соціальне страхування. Воно почалося з ухвалення у країні трьох законів: „Про страхування робітників на випадок хвороби“ (1883); „Про страхування від нещасних випадків“ (1884); „Про страхування по інвалідності та старості“ (1889). Цьому сприяло бурхливе піднесення робітничого руху за соціальні права. Для зменшення соціальної напруженості у країні й були ухвалені згадані три закони, що отримали назву „Виняткові закони проти соціалістів 1878—1890 років“. Закони лягли в основу системи соціального страхування робітників. Це зумовило обов'язкове медичне страхування. В історії ця система ОЗ отримала назву „Страхова медицина: система Бісмарка“. 1911 року німецький уряд ухвалив „Правила державного страхування“. Вони увійшли у зведений „Закон про соціальне страхування“, який охоплював усі види страхування у разі захворювання, нещасного випадку, інвалідності, старості. Це спростило систему медичного страхування й дало змогу запровадити систему єдиного нагляду страхових бюро.

Їхнє функціонування було перервано вибухом Першої світової війни. В часи Веймарської республіки соціальне страхування у Німеччині було відроджене і зберігалось до Другої світової війни.

У повоєнні роки у Федеративній Республіці Німеччині вдосконалюються засади традиційного соціального страхування, розвивається

пенсійне страхування і страхування у разі захворювання інвалідів війни, сиріт, переслідуваних осіб та біженців.

З об'єднанням усіх земель Німеччини успішно розвивається соціальне страхування у рамках системи медичної опіки громадян, званої тут як „Система Бісмарка-Демізе́ра — 1992“.

Отже, Німеччина є країною, яка має страхову систему охорони здоров'я з найбільшою історією децентралізованого (регіонального) медичного страхування.

Поряд з обов'язковим соціальним страхуванням у Німеччині існує обов'язкове приватне медичне страхування. Ним охоплено близько 10 відсотків населення (працівники та їхні родини). Існує і приватна оплата медичних послуг: окремі індивідуальні стоматологічні послуги, лікування у приватних клініках.

Приватне страхування має кілька видів: повне і додаткове, страхування осіб вільних професій і позбавлених працездатности, страхування, пов'язане з поїздками за кордон.

Централізована форма медичного страхування існує у Франції. Її історія починається з кінця XII ст. Тут існує розвинена мережа страхових компаній, які здійснюють колективне й індивідуальне медичне страхування. Фінансування ОЗ здійснюється з трьох джерел: бюджет, страхові кошти (основне джерело), особисті кошти громадян. Тяжким хворим медичну допомогу надають із бюджету держави.

Змішана форма обов'язкового медичного страхування існує в Японії. Вона вирізняється високим рівнем здоров'я населення, яке веде здоровий спосіб життя. Страхова система в цій країні забезпечена законами „Про страхування здоров'я“ (1927), „Про страхування здоров'я на всенаціональному рівні“ (1961) і складається з двох підсистем: страхування громадян за територіальним принципом і страхування осіб найманої праці за галузевим принципом. Фінансування системи медичного обслуговування здійснюють фонди страхування здоров'я. Страхові внески збирають органи самоврядування. Сума страхового внеску вираховується із заробітку за 36 категоріями відповідно до місця проживання, прибутку сім'ї, вартости нерухомого майна тощо. Застрахованому гарантовані амбулаторне і майже повністю лікарняне лікування. Перше звернення до лікаря платне — 200 ієн. За кошти пацієнта майже повністю оплачуються медикаменти.

Окрім національної системи страхування, в Японії існують громадські фонди: забезпечення профілактики туберкульозу, психічних, інфекційних, венеричних і спадкових захворювань, а також компенсації збитків, завданих здоров'ю забрудненням довкілля тощо.

Добровільне страхування отримало розповсюдження у США в рамках програм для робітників (50—60-ті роки), пенсіонерів („Medicare“),

безробітних („Medicaid“) (1965). Система охорони здоров'я США найдорожча у світі.

Витрати на її утримання становлять 16,4 відсотків валового внутрішнього продукту країни, або 6 тис. доларів США на кожного мешканця щорічно. Вона має чотири джерела фінансування:

1) програма державного фінансування „Medicaid“ — медична допомога немічним (25 млн. людей — 10 відсотків населення);

2) обов'язкове медичне страхування літніх людей (віком понад 65 років — 31 млн. людей) та інвалідів й осіб з нирковою недостатністю (3 млн. людей — програма „Medicare“) у разі стаціонарного лікування і візити до лікаря;

3) самооплата медичних послуг (близько 29 відсотків витрат на ОЗ);

4) приватне страхування, що його здійснюють приватні страхові компанії, головним на меті в яких є високі прибутки.

Система медичної опіки у США має також недоліки. Для її реформування розроблено чотири стратегічні підходи:

1) підвищення ролі амбулаторних структур як у наданні медичних послуг, так і в організаційно-технічних питаннях;

2) зменшення кількості стаціонарів через удосконалення принципів клінічно-діагностичної градації, що дає змогу скоротити перебування хворих у стаціонарі;

3) широке використання системи подушної оплати відповідно до принципів медичної опіки на весь період медичних послуг (стаціонар, амбулаторія, помешкання);

4) правове стимулювання великих інтегрованих систем щодо прийняття відповідальності за певну діяльність в охороні здоров'я (освітня праця, профілактичні огляди, імунізація).

В Україні охорона здоров'я залишається затратною і недостатньою. Розв'язання цих проблем можливе через розбудову засад страхової медицини. Йдеться про систему товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, де товаром виступає гарантована високоякісна медична послуга, а її „покупцем“ — людина, застрахована на випадок ризику для здоров'я.

Медичне страхування — це комплекс організаційних та фінансових заходів для забезпечення належної діяльності медичних закладів у межах страхової медицини.

Розрізняємо джерела фінансування: державна (бюджетна), соціальна, приватна і змішана форми медичного страхування. Величина страхового внеску у світі коливається у межах від одного до п'ятнадцяти відсотків плат від прибутку.

У сучасному світі соціальне страхування застосовується у разі:

- наявності осіб, які не беруть участі в суспільно-корисній праці й відповідно не можуть підтримувати своє здоров'я за рахунок зарплатні;
- збільшення кількості громадян, котрі дієздатні, але безробітні.

Ці категорії людей отримують соціальні виплати в розмірі прожиткового мінімуму, а також виплати для забезпечення гарантованого рівня медичних послуг через відповідний страховий поліс. У соціально-політичному аспекті це один із способів реалізації конституційного права громадян на матеріальне забезпечення у разі захворювання або втрати працездатності чи відсутності такої від народження, а також у разі втрати годувальника й безробіття.

В економічному ж сенсі — це один з найефективніших напрямів стимулювання розвитку національної економіки та її самоінвестування.

Багаторічне вивчення³ проблеми й досвіду інших країн та певні власні напрацювання дають змогу запропонувати для реалізації такі заходи щодо того:

1) необхідність термінового ухвалення Верховною Радою України Закону „Про обов'язкове медичне страхування громадян“ з подальшою персоніфікацією і приватизацією страхової бюджетної частки кожної людини на охорону здоров'я і запровадженням на цій основі регіональних громадських соціально-страхових механізмів фінансування і забезпечення ОЗУ „знизу догори“;

2) здійснення розподілу джерел забезпечення двох процесів, які існують нині в ОЗУ разом: господарського — через розхідний кошторис власника, і лікувально-оздоровчого — через страховий механізм оплати медичних послуг (через страхові поліси громадян);

3) повсюдне впровадження персоніфікованих самоврядних кабінетів лікарської практики біля житла людей, котрі забезпечать необхідний обсяг профілактичної та понад 70 відсотків кваліфікованої лікувально-оздоровчої допомоги населенню на місцях за принципами територіально-сімейної медичної опіки.

Вони можуть базуватися у наявних вільних будівлях (наприклад — у старій батьківській хаті), а також організовуваних у нових типових приміщеннях, біля житла людей з розрахунку на 700—1500 мешканців;

4) обов'язкова зміна системи підготовки і використання лікарів через зменшення терміну загальномедичного академічного навчання і збіль-

³ Трач Б. П. Українська національна концепція здоров'я. — Львів, 1993. — 16 с.; й о г о ж. Щодо проблем медико-соціальної ситуації та політики в Україні // Матеріали НПК: „Українська національна ідея: здоров'я нації“. — Львів, 2004. — С. 27—34.

шення періоду позауніверситетської підготовки лікаря через відповідні професійні програми у клініках від нижчого до найвищого рівня з правом самостійної діяльності по закінченні навчання; молодші мають навчатися у клініках, досвідчені ж повинні працювати самостійно до повного використання потенційного професійного ресурсу (провідні спеціалісти, лікарі кабінетів лікарської практики тощо);

5) забезпечення повсюдного розвитку регіональної парамедичної системи закладів економіки здоров'я на засадах резервного самоінвестування, що забезпечить належну працю грошової одиниці та рентабельне споживання соціально-страхових коштів на місцях (доцільності навчає німецька система адміністративних мікрорайонів населених пунктів — політика домоуправління).

Здійснення цих проектів дасть можливість докорінно змінити систему КЛО населення в Україні й досягнути відповідного рівня її ефективності. За цих умов форма системи ОЗУ набуває образу правильного трикутника з широкою основою унизу. Це забезпечить зміну її кількості та якості на всіх трьох територіальних рівнях: біля житла людей — близько 70%; у райцентрах — близько 20%; в обласних центрах — близько 10%, де вона (переважно) має бути висококваліфікована та спеціалізована.

На наше переконання, таке реформування системи ОЗУ не потребує надмірних фінансових ресурсів. Потрібні лише дві речі: державна воля і бажання галузевого чиновництва до належних суспільних перемін в Україні!

Bohdan TRACH

MISSION: IMPROVING HEALTH IN UKRAINE

The article discusses the problem of the National Ukrainian Health Service. It provides an overview of the contemporary state of the Health Service (HS) in Ukraine and some plausible reasons for negative tendencies. A detailed study of the traditional systems of the Health Service including the comparative analysis of the HS in different countries has been carried out. The author shows his preference to the regional and family medical service, and to health insurance as a source of funding. A brief insight into the history of medical insurance in Ukraine has been given. The author of the article provides with his own solutions to the problem.

Conclusions: Demographic trends, morbidity rate and the growing amount of physically challenged appear to be extremely threatening in Ukraine. The author's considerable experience contributes to the fact that the realization of the issues suggested is possible provided politicians and state officials express their will and desire with regards to the aforementioned.