

Карпишин Н.І.

ЕВОЛЮЦІЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Дослідження фінансів в історичному контексті пояснюється прагненням об'єктивно оцінити і узагальнити попередній досвід фінансування такої важливої галузі, як охорона здоров'я. Розуміння сучасних проблем і прогнозування їх наукового та практичного розв'язання повинні спиратися не тільки на світовий досвід медичного забезпечення, а й враховувати національно-історичні особливості й попередню спадщину країни. Такий підхід дасть можливість всебічно проаналізувати сучасний стан галузі, залучити усі можливі фінансові ресурси і створити реальну програму побудови власної моделі медичного забезпечення.

Історія охорони здоров'я охоплює значний період. В усі часи організація медичного обслуговування, особливості управління, фінансування тощо, відбувалися залежно від економічних, соціальних і політичних умов і відповідали вимогам часу. Умовно за характерними ознаками розвитку та функціонування сфери медичних послуг можна виділити такі основні періоди: дорадянський (до 1917 р.), радянський (1917—1991 рр.) і сучасний.

Дорадянський період розвитку охорони здоров'я на Україні найменш досліджений і бере свої витoki з найдавніших часів.

За існування Київської Русі в містах серед представників різних професій були особи, які займалися лікувальною справою, нерідко спадково. У ранніх збірниках законоположень Київської Русі ("Руська правда", XI ст.) згадується про лікарів-ремесників і винагороду їм за лікування. Нерідко при монастирях і великих церквах влаштовувалися притулки для хворих і немічних. За законами Київської Русі на медичну допомогу церкві належало виділяти частину з усіх державних прибутків, що можна сприймати як своєрідну державну опіку справ медичного обслуговування.

В історії охорони здоров'я особливо привертають увагу братства — організації українського міщанства, котрі в період XV—XVIII століть у великих містах організовували друкарні, бібліотеки, школи і шпиталі. Примітивні притулки, названі "шпиталями", від зміненого латинського *hospitalis* — гостинний, можна вважати першими організаційними формами медичного обслуговування населення. Братські шпиталі, школи утримувалися коштом парафіян.

У деяких містах шпиталі існували на гроші, які одержували за користування міськими вагами, за переїзд через мости, переправу поромом та ін.

Крім шпиталів, які утримувалися на громадські кошти, були в Україні й

© Карпишин Н.І., 2001

такі, існування яких забезпечувалося заповітами заможних осіб, що відписували села, млини, шинки та ін. Великий внесок у медичну справу було зроблено князями Острозькими. В Острозі функціонував великий шпиталь із річним бюджетом 4000 злотих — сума на той час значна.

Про стан медичного обслуговування у Запорозькій Січі свідчать дослідження професора С.А. Верхратського. Він наводить факти існування серед козаків цирульників-професіоналів. Так, у 1675 році, коли турецькі війська несподівано напали на Січ, під час боїв було, як це описується у літописі, “ранено до осмидесят товариства, яких кошовий Іван Сірко 2 целюрикам сечовим, за награждение з скарбу войскового им данное лечити приказал”¹.

У ті часи лікарська справа мала приватний характер і була поза увагою й контролем держави. Історики свідчать, що лікарі з хворими складали угоди про лікування, як на звичайну торговельну справу, де товаром виступала медична послуга. Послугами іноземних і вітчизняних дипломованих лікарів могли користуватися лише забезпечені верстви населення. Основна більшість зверталась за допомогою до лікарів-цирульників, кількість яких збільшувалась в усіх країнах. Ремісники середньовічних міст з економічних і правових причин об'єднувались у цехи. В Україні документальні відомості про “цилюриків” (іноді — “цируликів”) починають зустрічатися з кінця XIV століття, коли по містах було заведено самоврядкування під назвою Магдебурзьке право. Такі цехи були в усіх українських містах. Особливою популярністю користувався і зразковими порядками в Україні славився цех цирульників м. Львова, заснований у 1512 році.

Цехові організації відігравали позитивну роль у розвитку охорони здоров'я в Україні. По-перше, вузька спеціалізація і виокремлення лікувальної справи з решти ремесел сприяли удосконаленню якості медичної допомоги. По-друге, такі об'єднання вигравали у конкурентній боротьбі на ринку медичних послуг, і приватникам-одинакам (так званим “партачам”) було нелегко виживати у такій ситуації. У деяких містах осіб, які не були членами цеху, але займалися медичною практикою, суворо переслідували (у Львові, наприклад, у 1612 році винних штрафували на 200 дукатів). Але абсолютної монополії цехам створити не вдалося і заборони не перешкоджали займатися лікуванням не членам цеху.

Цирульники обслуговували широкі верстви населення протягом багатьох століть і лише в другій половині XIX століття цехова медицина фактично втратила своє значення.

Із початку XVIII століття більшість українських земель перебувала під владою Росії і підпорядковувалась місцевим законам. У 1721 році царським урядом, за проектом начальника медичної частини архіатера (головного ліка-

¹ *Верхратський С. А.* Історія медицини. — 3-тє вид., перероб. і доповнене. — К.: Вища школа. Головне видавництво. — 1983. — С.178.

ря) Блюментроста, вийшов закон, за яким під “жестокім штрафом и телесным наказанием” не дозволялося, щоб “неученые и медикохирургической практикой неосвидетельствованные и недостоенные от Медицинской Канцелярии всякого чина люди” займалися лікуванням. Цей закон забезпечував певний порядок на ринку медичних послуг.

У 1737 році офіційно за сенатським наказом запроваджуються перші посади міських лікарів. У великих містах, говорилося в ньому, “для пользования обывателей в их болезнях содержать лекарей, а жалование производить им в городах от ратуш до 12 руб. в месяц со свободою квартирою, а больше на те города не накладывать”². Але доходи міст були такі мізерні, що видатки на утримання лікаря у сумі 140 — 150 руб. були великим тягарем для міського бюджету.

Наприкінці XVI століття в Україні у кожній губернії виходить “Приказ громадської опіки”, який регламентував улаштування і утримання лікарень, притулків для інвалідів, сиріт. Утримання лікарень покладалося на міське управління. Матеріальну базу було підведено особливим положенням, в одному з пунктів якого було зазначено: “Благодійні заклади влаштовуються і утримуються на кошти міських прибутків і капіталів”. До видатків на лікарні за “Приказом” відносилися витрати на харчування хворих (кормові), на утримання обслуговуючого персоналу, на оплату праці лікаря (наглядачеві) та його помічнику.

Уся робота закладів згідно з “Приказом громадської опіки” будувалася так, щоб вони давали прибуток. Прибутковими установами були і лікарні. Навіть ті мізерні кошти, які відпускалися на утримання лікарень витрачалися не повністю.

У 1864 році царським урядом Російської імперії було видане Положення про земські установи. На його основі в 10 українських губерніях почали поступово створюватись земства, яким доручалося “попечение в пределах, законом определенных..., о народном здравии”³.

Піклування про народне здоров’я належало до обов’язкових земських повинностей. Видатки земських бюджетів поділялися на обов’язкові й необов’язкові. Урядом переслідувалася мета змусити земства в першу чергу фінансувати потреби, які не були за своєю природою місцевими, а загальнодержавними (військова повинність, утримання органів місцевого самоврядування, поліції тощо). Необов’язкові видатки (на охорону здоров’я, освіту та ін.) здійснювалися земством із власної ініціативи, без державного втручання.

Якщо проаналізувати структуру видатків земських бюджетів у 34 губерні-

² Матеріали по історії розвитку охорони здоров’я на Україні / За ред. К. Ф. Дуленко. — К.: Держмедвидав УРСР. — 1957. — С. 20.

³ К истории медицины на Украине (на материалах западных областей УССР, Закарпатья, Буковины). — Львов. — 1961. — С.7.

ях Росії (з них 10 українських), то у 1910 році видатки на охорону здоров'я мали найвищу питому вагу — 28%⁴.

Нерідко, з метою покриття дефіциту з медичних рахунків, кожний повіт встановлював свої порядки щодо оплати медичних послуг. Так, у Полтавській губернії плата за лікування справлялася з усіх хворих: за амбулаторне лікування ці суми становили 2—10% від кошторису, за ліжкове — 1—7%.

Витрати земств на медичні потреби українських губерній зростали швидкими темпами. Якщо у 1870 році повітові земства на потреби охорони здоров'я витратили близько 312 тис. руб., то в 1912 році тими ж земствами було витрачено понад 10 млн. руб.

За статтями витрат 92,3% коштів земської медицини витрачалось на лікувальну справу, 7,7% — на санітарно-протиепідемічні заходи.

Дані звіту головного медичного інспектора про стан здоров'я у 1907 році свідчать, що із загальної суми видатків на охорону здоров'я земських губерній Росії 4,5% припадало на державні видатки, 57,7% — на видатки губернських і повітових земств, 22,6% — на видатки міст, 15,2% — на видатки приватних осіб і товариств⁵.

Законом 1900 року про так звану фіксацію земського бюджету діяльність земств була поставлена в залежність від розсуду губернатора, що створювало умови для свавілля з боку адміністрації. Закон вимагав, щоб новий земський кошторис не перевищував попередній більш як на 3%. Такий підхід значно звужував діяльність земств і віддавав їх під цілковиту опіку адміністрації. Але, незважаючи на обмеження, земські кошториси зростали в середньому на 19,4%.

Недосконалість правової бази, цензовий характер і сувора адміністративна опіка, дефіцит земських бюджетних коштів ставили земську діяльність у справах медицини у важкі умови і створювали перешкоди для розвитку охорони здоров'я. Проте земська медицина виросла в своєрідну, самобутню форму організації медичного обслуговування населення і стала значним кроком уперед у порівнянні з дореформеною приказною медициною.

Разом із земською і міською медициною розвивалася фабрична медицина, яка, по суті, поклала початок формуванню системи медичного страхування в Україні.

У зв'язку з настанням епідемії холери урядом царської Росії було прийнято тимчасове положення, яке зобов'язувало власників фабрик і заводів організувати для своїх робітників лікарні (у розрахунку 1 ліжко на 100 осіб). Рабо-

⁴ Кириленко О. П. Місцеві бюджети України (історія, теорія, практика). — К.: НІОС. — 2000. — С. 25.

⁵ Управление главного врачебного инспектора М.В.Д. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи въ Россіи за 1907 годъ. —СПб.: Типография Министерства Внутренних Дель. — 1909. — С. 217.

тодавці за власний рахунок повинні були будувати лікарні, утримувати лікарів, видавати безкоштовно ліки працюючим та інше.

За призначенням фабрична медицина із самого початку була громадською (обов'язковою, гарантувалася законом, регламентувалась органами державної влади), проте організація була віддана в приватні руки — руки фабрикантів, і відсутність контролю з боку державних органів за наданням медичної допомоги сприяла виникненню порушень і зловживань.

У 80-х роках ХІХ століття в 7 українських губерніях із 9 медична допомога надавалася лише 15% робітників усіх підприємств, які отримували її у 130 невеликих фабрично-заводських лікарнях.

Із прийняттям Закону 1912 року “Про соціальне страхування на випадок хвороби” офіційно було покладено початок формуванню системи страхової медицини в Росії і в Україні загалом.

Доходи лікарняних кас складалися із внесків членів кас — внески робітників становили від 1 до 2% заробітної плати, інколи 3%, причому 2/3 цих внесків сплачували роботодавці⁶.

У структурі витрат лікарняних кас основну питому вагу становили витрати на отримання медичної допомоги — 55,2%, на медикаменти — 15,3%, на утримання апарату управління — 11,2%, відрахування до резервного фонду — 5%, на рахунки обігових коштів — 12,3%, інші — 1%.

Рівень медичного забезпечення в інших українських землях, що перебували під владою Австро-Угорщини, Польщі, був значно нижчим, ніж у Росії. У часи окупації краю Австрією, як стверджує історик польської медицини Гансіровський, для основної маси населення Галичини медичної допомоги не було, заможні особи утримували придворних лікарів. У великих містах існували цехи хірургів (“цирульників”), аптеки, благодійні шпиталі та ін. Не було ніякого керівництва і контролю з боку держави.

Першою спробою держави у вирішенні питань охорони здоров'я населення був Головний санітарний статут, виданий у 1770 році, який створив бюрократичну систему керівництва справами медико-санітарного обслуговування населення (фізикат), спрямовану, головним чином, на ліквідацію інфекційних захворювань.

Із 1776 до 1783 року австрійський уряд на всі санітарно-лікувальні заходи витрачав у середньому по 25 тис. гульденів на рік (1 гульден — 0,75 крб.).

З прийняттям в Австрії у 1867 році Конституції в країні почався період реформ, котрі зачепили і медичну галузь. Вперше відбулася спроба передати медичні справи на баланс бюджетів самоврядувань (через 20 років після заснування земської медицини в Росії).

⁶ Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування // *Фінанси України*. — 2000. — № 1. — С. 80.

Принцип платності медичних послуг не порушувався і під час панування у західних областях України Польщі. Рівень медичного забезпечення населення польських земель відставав на 50—60 років від земських губерній Росії.

За даними 1924 року, питома вага асигнувань на охорону здоров'я у західних областях України становила: в бюджетах гмін — 3,3%; у бюджетах невеликих міст і містечок — 4,5%; у бюджетах великих міст — 11,8%; у державному бюджеті — 0,5%.

У 1919 році Польський уряд, вдаючись до російського досвіду і наляканий революцією, організував у містах лікарняні каси (каси хворих). Кожна каса мала свій статут. За статутом каси Львівського повіту доходи каси формувалися “за рахунок забезпечених, за рахунок працевластців, за рахунок стягнень, з відсотків за затримку, з допомог, громадських інвестицій, з дарчих і заповітів, з доходів маєтку каси”. У Тернопільському воєводстві в 1925 році членами лікарняних кас було 3,9% всього населення, пізніше — 5—6%, у Львівському, де промисловість була розвинута більшою мірою, число членів кас перевищувало 15%.

У дорадянський період організації і фінансового забезпечення медичної допомоги в Україні фактично не існувало централізованої системи охорони здоров'я з єдиним джерелом фінансування. На ринку медичних послуг відбувалися цілком закономірні явища і процеси для того часу. Суб'єктами фінансування були як державний, так і приватний сектори. Кожна із сторін переслідувала власну мету у справах медичного забезпечення населення. Мотивом приватної ініціативи виступав певний фінансовий зиск, отриманий у результаті комерційної діяльності, тому конкуренція, попит і пропозиція супроводжували процес надання медичної допомоги.

Держава в свою чергу (в особі уряду і органів місцевого самоврядування) намагалася розв'язати проблеми, з якими не вдалося справитися приватному сектору. Насамперед це усунення негативних зовнішніх ефектів, котрі спричинялися спалахами епідемій; це контроль за якістю надання медичної допомоги, так зване державне регулювання і забезпечення незахищених верств населення. Мережа медичних закладів створювалася стихійно: частково урядом, частково органами самоврядування міст і земств, фабрично-заводськими підприємствами, благодійницькими організаціями, деякими відомствами (залізницею, в'язницею та ін.), приватними підприємцями, комерційною ініціативою приватно-практикуючих лікарів.

Відповідним чином формувався бюджет охорони здоров'я, до якого кошти надходили багатьма каналами: з державного бюджету, з бюджетів органів місцевого самоврядування, фондів медичного страхування, коштів громадян, громадських та добродійних фондів.

Надзвичайно важливе місце у фінансовому забезпеченні галузі посідав інститут місцевого самоврядування. Кошти державного бюджету становили мі-

зерну частину в загальній сумі витрат на охорону здоров'я, тоді як питома вага видатків місцевих бюджетів (це стосується земських губерній) становила 80%. Муніципальна медицина враховувала всі особливості й проблеми території, що давало змогу реально визначити пріоритети та напрями розвитку охорони здоров'я.

Можна стверджувати, що у дорадянський період розвитку охорони здоров'я в Україні у зародковому стані було створено багатоканальний механізм фінансування галузі. Такий механізм функціонував у багатьох країнах, де ринкова система господарювання потребувала багатоукладності галузі й різних джерел фінансового забезпечення. Слід зазначити, що внаслідок економічного прогресу і зростання суспільної свідомості з часом визначилися пріоритетні джерела фінансового забезпечення і прийшло розуміння державних функцій у сфері охорони здоров'я. Як наслідок, бюджетні асигнування на охорону здоров'я передових країн світу становлять сьогодні більше половини всіх витрат у цій галузі (Великобританія — 85%, Швеція — 84%, Франція — 79%). Але ринкові механізми зберігаються у цих країнах, тим самим створюючи конкуренцію, стимулюючи якість і прогрес.

Еволюційний процес одержавлення ринку медичних послуг в Україні було припинено внаслідок певних історичних зрушень, які призвели до створення радянської моделі охорони здоров'я, встановлення абсолютної державної монополії і бюджетного фінансування галузі. Досвід багатоканального фінансування не використовувався, не вивчався і був, по суті, втрачений.

У сучасний період розвитку охорони здоров'я стратегічним напрямом поліпшення стану галузі стало створення багатоканального механізму фінансування, суспільству знову доводиться повертатися до цієї життєздатної моделі фінансового забезпечення і заново створювати те, що було втрачено багато років тому.