



## ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Катерина ВИШНЬОВСЬКА

*Розглянуто актуальні питання впровадження страхової медицини в Україні. В контексті зарубіжного досвіду значна увага приділена діяльності лікарняних кас як організацій додаткової медичної допомоги населенню, що будується на суспільно-сопідарній основі.*

*The author considers vital questions of introduction of medico-actuarial science in Ukraine. In the context of foreign experience considerable attention is spared activity of hospital cashdesks as organizations of additional medicare to the population which is built on publicly social base.*

Реформа охорони здоров'я, яку проводить та чи інша цивілізована країна, передбачає насамперед поліпшення стану здоров'я членів суспільства, підвищення ефективності системи охорони здоров'я та більшу доступність людей до медичних послуг.

На становлення систем охорони здоров'я, що існують у розвинених країнах, як зазначав у інавгураційній лекції в НАУКМА професор Маахстріхтського університету Вім Гроот, пішло більше 100 років. Тому, для України може виявитися корисним досвід зарубіжних країн щодо моделей фінансування національної медицини.

Дослідженням питань організації та фінансового забезпечення системи охорони здоров'я присвятили свої праці представники західних наукових шкіл, зокрема: Б. Абель-Сміт, Г. Беккер, Дж. Гендерсон, Г. Муні, П. Самуельсон, Е. Стігліц, Т. Шульц. Серед вітчизняних науковців, які вивчали економічні й фінансові основи функціонування сектора медичного обслуговування, можна на-

звати А. Голяченка, В. Бідного, О. Величка, Ю. Вороненка, В. Лехана, С. Кондратюка, В. Рудень, М. Шутова та багато ін.

Незважаючи на проведені дослідження та пильну увагу фахівців до актуальних питань функціонування медичної сфери, ще недостатньо розроблено фінансовий аспект функціонування медичної галузі, окреслено пріоритетні напрямки розвитку страхової медицини. Вагомість та актуальність цієї проблеми, її теоретична та практична важливість зумовлюють гостру потребу у її подальшому дослідженні.

Метою статті є вивчення зарубіжного досвіду становлення, функціонування та фінансування медичної галузі для формування повніших і ґрунтовніших уявлень про механізм функціонування системи охорони здоров'я. Це дасть змогу науково осмислити й оцінити з позиції можливості й доцільності його використання в українській практиці.

Питання – хто, за що і скільки має платити, у національних системах охорони здоров'я вирішуються по-різному, зазначає

Пол Уоллес – автор аналітичного огляду у журналі The Economist. Однак провідна роль найчастіше належить державі – у середньому в країнах ОЕСР 2001 року частка державного фінансування становила 72% усіх витрат. У США цей показник обмежувався 45%, у Данії сягав 90% [1].

Значно відрізняються також джерела надходження коштів для фінансування медицини. У Канаді, Великобританії та Швеції, наприклад, основна частка коштів на медицину надходить до державної скарбниці через сплату податків. У Німеччині, Франції та Нідерландах працедавці і наймані працівники роблять цільові відрахування. А в США дуже поширене “добровільне” страхування, за рахунок якого можна отримати значні податкові послаблення. Враховуючи таке стимулювання, частка держави у видатках на медицину там наближається до 60%. Не менш важливим і стабільним джерелом фінансування медичної галузі є й особисті кошти пацієнтів, за рахунок яких покривається близько 10–20% вартості всіх медичних послуг [1].

Характерно, що потреби, на які витрачаються державні кошти і виплати, різняться в різних країнах ще більше. Лише в Америці страхівка використовується на оплату медичних послуг першої необхідності. У Канаді особисті страхівки використовуються в тих випадках, які не покриваються державними, наприклад, деякі стоматологічні послуги. У Франції вони йдуть на доплату, якщо вартість послуг перевищує передбачену державними програмами. У Великобританії їх найчастіше використовують, щоб уникнути багаторічного очікування в чергах, які мають місце у системі державної медицини.

Незважаючи на моделі фінансування, щороку у розвинених країнах витрати на охорону здоров'я в перерахунку на душу населення зростають у середньому на 4%. А у відношенні до обсягу ВВП в середньому у 18 країнах ОЕСР видатки на охорону здоров'я зросли з 5,2% у 1970 році до 8,8% у 2001 році Швейцарія й Німеччина витрачають на

ці потреби понад 10% ВВП, США наближаються до 15%. Щоправда, це може свідчити не лише про різке збільшення витрат, а й про зниження темпів зростання ВВП. Так, в Ірландії витрати на душу населення в галузі охорони здоров'я зросли з 1990 року по 2001 на 6,8%, а в США за той самий період – лише на 3%. При цьому частка витрат на охорону здоров'я у ВВП Ірландії, на відміну від Америки, практично не збільшилася [1].

Така статистика змушує економістів шукати відповіді на запитання споживачів медичних послуг – на яку реальну віддачу вони можуть розраховувати, якщо передбачувані витрати виявляться надмірними, неефективними і марнотратними.

Найпростіший спосіб оцінити рентабельність інвестицій в охорону здоров'я – порівняти зміну їх обсягів та зміну середньої тривалості життя. Дослідження показали, що нині не відстежується тісний зв'язок між збільшенням фінансування охорони здоров'я і зростанням тривалості життя. Найпомітніше зросла тривалість життя у розвинених країнах у першій половині минулого століття, що пов'язано з відкриттям антибіотиків і масовою вакцинацією населення й подоланням у такий спосіб інфекційних захворювань.

З другої половини ХХ століття витрати на охорону здоров'я почали збільшуватися у геометричні прогресії, однак зростання тривалості життя дещо уповільнилося. Однією з причин різкого зростання витрат фахівці вважають розвиток нових, у край дорожчих технологій, новітніх методик лікування й діагностики хворих.

З іншого боку, продовження життя обумовлює зміну співвідношення між тими, хто створює матеріальні цінності, і тими, хто їх споживає. За прогнозами, у Західній Європі до 2050 року співвідношення людей працездатного і пенсійного (за 65 років) віку скоротиться з 4:1 до 2:1, що призведе до ще більшого навантаження на систему охорони здоров'я [1].

На сучасному етапі розвитку людської цивілізації для фінансового оздоровлення

системи охорони здоров'я слід повніше задіяти ринкові механізми. Її потрібно перебудувати так, щоб було оптимальним співвідношення "ціна – якість медичної послуги".

Як показує зарубіжний досвід, функціонування системи охорони здоров'я знаходиться переважно у площині медичного страхування. Медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я. З економічної точки зору не кожену форму фінансової допомоги у разі втрати працездатності і хвороби можна розглядати як медичне страхування: воно повинно базуватися на соціально-економічних принципах і виконувати основні функції медичного страхування.

На думку А. С. Немченко і А. Л. Панфілової медичне страхування виконує акумулятивну, компенсаційну і превентивну функції [2]. В його основу покладено принципи страхового ризику, вільного вибору страховика та вибору страхування, страхового інтересу, максимальної довіри сторін, нарахування збитків страхувальнику, франшизи, суброгації, контрибуції, співстрахування, перестрахування, диверсифікації. Основними моделями медичного страхування є приватна, державна і соціальна моделі; воно може здійснюватися у добровільній і обов'язковій формах.

Медичне страхування є соціально-економічною категорією, що має глибоке історичне коріння. Надання матеріальної допомоги громадянам у разі хвороби здійснювалось ще у Стародавній Греції і Римській імперії. В рамках професійних колегій функціонував механізм збору і виплат при настанні страхового випадку. У Середньовіччі функції страхового захисту населення виконували цехові або ремісничі гільдії (союзи), а також церква, вплив якої на суспільство був домінуючим. Статусу форми соціальної допомоги у разі хвороби медичне страхування набуло лише у другій половині XIX століття.

Система державного медичного страхування довела свою високу ефективність у всьому світі. Разом з тим, запровадження страхової медицини у Європі наприкінці 1990

років супроводжувалося певними труднощами, які треба проаналізувати і зрозуміти.

Дослідження Всесвітньої організації здоров'я показують, що кількість років, проведених людиною в стані хвороби, значно більша для жителів тих країн, де не практикується державна страхова підтримка. В середньому представник нації, найбільш благополучної в цьому аспекті, проводить у стані хвороби близько 9% тривалості життя, а найменш благополучної – 14%. За цим показником світовим лідером є Японія, де громадяни проживають в середньому 74,5 роки здорового життя [3].

Для Російської імперії, до складу якої належала й Україна, становлення системи медичного страхування не набуло такого поширення, як у Європі. Дослідники пов'язують це з тим, що наприкінці XIX – початку XX століття функціонувала модель земської медицини, яка фінансувалася за рахунок коштів казни, асигнувань губернської і повітової влади.

Проте у 1912 році Державна Дума прийняла закон про запровадження обов'язкового медичного страхування працюючих громадян. Після революції 1917 року медичне страхування за допомогою лікарняних кас виявилось неможливим через низку причин: по-перше, були ліквідовані ринкові засади в економіці, а відтак відсутнє сприятливе середовище для розвитку страхової медицини; по-друге, була введена адміністративно-командна модель бюджетної медицини за Н. Семашко з централізованим фінансуванням, згідно з якою розвиток альтернативних форм і методів надання медичної допомоги був об'єктивно неможливим; по-третє, у системі бюджетної медицини була відсутня економічна зацікавленість медпрацівників у якісному виконанні своїх обов'язків.

Безумовно, модель бюджетної медицини мала в умовах планової економіки безліч переваг. Але нова економічна ситуація, що склалася в державі, вимагала певних змін. З історичної точки зору, для населення України зрозумілішою є бюджетна медицина зі звичною інфраструктурою поліклінічної і спеціалі-

зованої допомоги. Суспільство розуміє необхідність реформ, але до кардинальних змін ще не готове, оскільки характерним для наших громадян є бажання перекласти фінансову турботу про своє здоров'я на державу.

Державним фінансуванням згідно з Конституцією України забезпечують відповідні соціально-економічні, медико-санітарні та оздоровчо-профілактичні програми. Разом з тим, велика увага як з боку засобів масової інформації, так і медичної громадськості приділяється питанням запровадження медичного страхування в практику вітчизняної охорони здоров'я.

Серед пріоритетних напрямків, які Міністерство охорони здоров'я України визначило у своїй діяльності на найближчий час, є запровадження обов'язкового медичного страхування. Щоб виважено підійти до цього питання розроблена і запропонована до обговорення Концепція страхової медицини, на основі якої буде сформовано вітчизняне законодавство. Як повідомив під час брифінгу у м. Львові міністр охорони здоров'я В. Князевич, "страхова медицина є пріоритетом теперішнього Кабінету Міністрів. На розгляді уряду знаходиться концепція загальнообов'язкового медичного страхування. Якщо концепцію схвалять, уже цього року може з'явитись Закон України про загальнообов'язкове медичне страхування" [4].

Закон України "Про страхування" ще дванадцять років тому передбачив здійснення медичного страхування в обов'язковій і добровільній формах. Варіант бюджетно-страхової медицини найбільше підходить для нашої держави, бо передбачає дві складові. Бюджетна медицина забезпечуватиме незахищені верстви населення, страхова медицина розрахована на середній клас. Фахівці схиляються більше до державного фонду, розраховуючи, що контроль держави буде потужнішим і системнішим [5].

Запровадження медичного страхування абсолютно не виключає розвитку моделі добровільного страхування. Лише торік ринок добровільного страхування в Україні сягнув

500 млн. грн. [4]. Зазначені моделі медичного страхування не повинні конкурувати одна з одною, а доповнювати одна одну, формуючи повний спектр страхових послуг і розвинену інфраструктуру страхового ринку. "Страхова медицина повинна бути державною та багатокладною", – зазначив заступник міністра охорони здоров'я О. Біловол [6].

Основним джерелом фінансування системи соціального медичного страхування є сплата працездатним населенням та працедавцем страхових внесків у відповідних розмірах. Додатковим – цільові державні програми щодо допомоги малоімущим, інвалідам, а також внески добродійних організацій і фондів.

При запровадженні страхової медицини необхідно враховувати наявні наукові розробки, особливості національного менталітету українців, детально вивчити і проаналізувати зарубіжний досвід.

Заслугує на увагу організація системи охорони здоров'я в Ізраїлі, який відомий в усьому світі як країна з якісним медичним обслуговуванням. Вона заснована на державному медичному страхуванні, фінансовим забезпеченням якого є податки. Приватне медичне страхування в Ізраїлі є додатковим і необов'язковим. Воно охоплює види медичного обслуговування, що не містяться у переліку послуг, оплачуваних системою обов'язкового медичного страхування.

В Ізраїлі діють 259 лікарень і клінік, що знаходяться у державній і приватній власності. Рівень обслуговування у приватних центрах є помітно вищим, ніж у державних медичних установах, а ціни на багато видів послуг нижчі. Звичайно, найкрупніші академічні лікувальні установи знаходяться у державній власності. Разом з тим багато приватних медичних центрів є багатопрофільними лікарнями і здатні надавати практично будь-яку допомогу.

На 1000 ізраїльтян в середньому доводиться 3,6 лікаря, тоді як у Франції і Німеччині ця цифра становить 3,4; у США і Британії – 2,4; Японії – 2. Кількість медсестер на 1000 чол.

населення за останні 20 років знизилась із 7,7 до 5,9 [3, 10–11]. Незважаючи на це, Ізраїль залишається країною з найбільшою кількістю медичних працівників на одного жителя.

Надання медичних послуг в межах обов'язкової системи страхування покладене на чотири основні лікарняні каси (або страхові компанії), які не є державними, але знаходяться під жорстким контролем Міністерства охорони здоров'я. Одна з кас, Калаліт, належить профспілці, три інші – Леуміт, Меухедет і Маккабі – знаходяться у змішаній власності.

Перелік медичних послуг, передбачених державним страхуванням, називається “Корзиною здоров'я”, яка затверджується урядом і є єдиною для всіх лікарняних кас. Кожна каса зв'язана договорами зі своїми лікувальними установами, тому вибір її багато в чому визначається зручним місцерозташуванням для клієнта мережі клінік, з яким вона співпрацює.

Член лікарняної каси щомісячно платить страховку і має можливість отримувати лікування в клініках хірургії, акушерства і гінекології. Страхівка також передбачає складні види втручань (онкологія, серцево-судинна хірургія, нейрохірургія, офтальмологія тощо). Медичною страховкою не передбачені такі види допомоги, як: психологічна, психіатрична, стоматологічна, наркологічна.

Якість медичного обслуговування в різних касах фактично однакова. Навпаки, останнім часом у зв'язку з нестачею державних коштів помітно скоротився список послуг, які надаються лікарняними касами. Тому багато громадян Ізраїлю вимушені вдаватися до додаткового страхування через поліклініки або приватні страхові агентства.

Корисним для України може бути також польський досвід реформування системи охорони здоров'я, який необхідно досконало вивчити і у якнайкращий спосіб адаптувати до умов вітчизняної медицини. Нині на ринку медичних послуг у Польщі успішно співпрацюють Національний фонд охорони здоров'я (НФЗ) та Міністерство охорони здоров'я. Щороку до Фонду надходить страхових внесків на суму 40 млрд. злотих, що вдвічі більше, ніж було

у 1999 році. За прогнозами фахівців, до 2009 року сума надходжень збільшиться до 50 млрд. злотих. Щомісячний страховий внесок до НФЗ становить 9% від зарплати, яка в середньому у Польщі становить 800–900 євро. У країні використовують диференційований підхід до сплати страхових внесків для різних категорій працюючих, безробітних, пенсіонерів, фермерів, добровільно застрахованих осіб тощо.

Міністерство охорони здоров'я країни, щорічний бюджет якого 4 млрд. злотих, фінансує програми з трансплантації, дитячої онкології та санітарно-епідеміологічну службу. Щодо трансплантації, то держава оплачує лікування пацієнта протягом перших 30 днів після операції. Подальші витрати бере на себе Національний фонд здоров'я. Останній також укладає угоди з реабілітаційними клініками. Пацієнт, якому діагностували, наприклад, інфаркт міокарда, перебуває у лікарні лише 5–6 днів, потім його переводять на реабілітацію, яку оплачує НФЗ. При амбулаторному лікуванні хворі в аптеці за рецептом лікаря оплачують лише до 10% вартості ліків, решту 90% аптекам відшкодовує НФЗ [7].

Страхова медицина активно сприяє розвитку здорової конкуренції. НФЗ, акумулюючи внески застрахованих, укладає угоди про співпрацю з лікувальними закладами, де створені комфортні умови для лікування пацієнтів, функціонує сучасне лікувально-діагностичне обладнання, підготовлений кваліфікований медперсонал. Також враховуються інші показники діяльності: тривалість перебування пацієнтів у закладі, смертність, наявність судових позовів, скарг.

Слід зазначити, що реформування медичної галузі у Польщі розпочалося зі створення лікарняних кас, які функціонували у кожному воєводстві і повіті. Свого часу каси хворих, як їх називають у Польщі, відіграли важливу роль у поповненні бюджету охорони здоров'я додатковими коштами, що сприяло розвитку ефективнішої медичної допомоги населенню. Згодом успішний досвід роботи кас хворих дозволив запровадити модель обов'язкового медичного страхування.

Разом з тим запровадження страхової медицини у Польщі супроводжувалося певними труднощами. Виступаючи за заміну бюджетного фінансування страховим, медики сподівалися, що витрати на охорону здоров'я залежать виключно від рівня доходів населення і будуть рости з підвищенням його добробуту. На практиці все виявилось набагато складнішим. Відносно невисокий внесок, у розмірі 7,5% від суми доходів, не змогли заплатити принаймні дві категорії громадян – аграрії, звільнені від сплати прибуткового податку, і безробітні, що втратили право на отримання допомоги. Їх внески почали сплачуватися з державного бюджету. Знайшлося чимало свідомих ухильників від сплати, через що страхових внесків надійшло набагато менше від запланованих.

Україні гостро постала проблема встановлення тарифів на ті чи інші послуги. Вважалося, що тарифи продиктують механізми ринкової конкуренції, попит і пропозиція. У результаті все звелось до того, що тарифи спочатку встановили самі новоорганізовані лікарняні каси відповідно до своїх планових доходів і статистики витрат.

В Україні лікарняні каси, як первинний етап переходу до страхової медицини, не одержали відповідного розвитку. Слід зазначити, що лікарняна каса виникла як реакція суспільства на недостатність бюджетного фінансування медичної галузі.

Повертаючись до історії медичного страхування, видно, що перші страхові лікарняні каси виникли в результаті активної позиції і рішучих дій робітничих профспілок Європи. Як громадські членські організації каси створювались з метою організаційного і фінансового забезпечення доступної і якісної додаткової медичної допомоги своїм членам. Реалізація основної ідеї лікарняної каси здійснюється за рахунок солідарних накопичених членських внесків через виконання комплексних медичних програм.

Медична допомога членам лікарняних кас надається за окремими програмами:

- “медикаментозне забезпечення” членів кас лікарськими препаратами на всіх етапах медичної допомоги;

- “стаціонар” – планова і термінова госпіталізація, консультативно-діагностична і лікувальна допомога, у т. ч. інтенсивна терапія, реанімаційні заходи й оперативне втручання;
- “поліклініка” – надання амбулаторної медичної допомоги (лабораторна, інструментальна діагностика, консультації профільних фахівців) за узгодженням з довіреним лікарем лікарні чи сімейним лікарем;
- “реабілітація” – медикаментозне забезпечення реабілітаційного періоду, включаючи санаторно-курортне лікування;
- “сімейний лікар” – той обсяг первинної медико-санітарної допомоги, який необхідний для якісного обслуговування населення, але не фінансується з бюджету.

В Україні сьогодні діє понад 230 лікарняних кас, які об'єднують близько 1 млн. чоловік [8]. Створена і діє Українська федерація громадських організацій сприяння охороні здоров'я.

Діяльність лікарняних кас спрямована на забезпечення громадян тією допомогою, на яку не вистачає бюджетних коштів. Механізм такого забезпечення має дві складові. По-перше, це прозоре залучення додаткових позабюджетних коштів на медичну допомогу у вигляді персоніфікованих регулярних членських внесків на принципах співоплати як окремих громадян, так і колективів підприємств і організацій. По-друге, раціональне використання коштів за узгодженими медичними програмами із застосуванням страхових медичних технологій.

Лікарняна каса є представником інтересів громади в питаннях організації і забезпечення медичної допомоги, яка фінансується з бюджету у неповному обсязі, виконуючи такі функції:

- солідарне накопичення коштів для цільового і персоніфікованого їх використання на діагностику, амбулаторне і стаціонарне лікування, а також на актуальні для колективу (громади) медико-соціальні програми;

- контроль якості медичної допомоги, дотримання лікувальними установами медико-технологічних стандартів;
- оптимальне забезпечення членів лікарняних кас лікарськими препаратами з повним або частковим покриттям їх вартості;
- медичний супровід членів кас, захист прав пацієнтів тощо.

Ефективність діяльності лікарняних кас, як системи суспільно-солідарної взаємодопомоги, можлива за умови тісної взаємодії усіх суб'єктів місцевого самоврядування.

При представницьких органах місцевого самоврядування створюються координаційні ради із взаємодії з лікарняними касами. До них належать представники органів управління охороною здоров'я, лікарняних кас, працевластувачів, місцевих рад, місцевих суспільних і політичних об'єднань. Ради погоджують між усіма суб'єктами суспільства і визначають політику в питаннях охороны здоров'я і надання медичної допомоги, яка фінансується з бюджету у неповному обсязі.

З колективами, індивідуальними членами і сім'ями, як потенційними споживачами медичної допомоги, каси укладають договори, де визначають медичні програми, порядок отримання допомоги, порядок обґрунтування і розміри членських внесків.

З медичними установами і медиками (сімейними лікарями), як провайдерами медичної допомоги, каси укладають договори, де визначають порядок надання членам каси медичної допомоги, обсяг, вигляд і рівень допомоги, які може надавати певний заклад або фахівець, умови і порядок отримання закладом матеріально-технічної допомоги від каси, додаткової грошової винагороди певних медичних працівників.

У своєму складі лікарняні каси мають службу медичного супроводу, який виконує функції інформаційно-диспетчерського центру для членів каси, координації і узгодження лікувально-діагностичної тактики при взаємодії з медичними установами. У їхньому штаті довірені лікарі і лікарі-експерти, які здійсню-

ють динамічний контроль якості і супровід пацієнтів на всіх етапах надання допомоги.

Механізм суспільно-солідарної взаємодопомоги на принципах співплати із застосуванням страхових медичних технологій (лікарняні каси) дає змогу гнучкіше враховувати й об'єднувати інтереси суб'єктів місцевого самоврядування в питаннях охороны здоров'я і надання медичної допомоги шляхом прозорого залучення і раціонального використання ресурсів цих суб'єктів.

На відміну від Польщі, лікарняні каси у нас є малопотужними структурами. На думку фахівців, для ефективного функціонування лікарняних кас потрібно членство в них як мінімум 70% населення. Лише за таких умов ці громадські об'єднання зможуть оплачувати лікування пацієнтів, яким діагностовано тяжкі патології [8].

Економічне обґрунтування розрахунку вартості медичних програм лікарняних кас базується на показниках захворюваності, кількості днів непрацездатності, даних медичних оглядів окремих колективів і груп населення, а також на даних розрахунків вартості різних видів медичних послуг. Такий підхід дозволяє не тільки визначити вартість окремих програм, а й спонукає лікарняні каси раціонально використовувати солідарно зібрані суспільні кошти шляхом пріоритетного розширення профілактичної діяльності довірених лікарів і сімейних лікарів територіальних громад.

Неприбутковий статус лікарняних кас Польщі дає можливість велику частину залучених коштів витратити на виконання медичних програм для своїх членів. Більше 50% коштів витрачається на медикаментозне забезпечення всіх етапів медичної допомоги. Близько 30% використовують для закупівлі необхідного медичного устаткування, інструментарію, проведення діагностичних досліджень. Від 5 до 10% коштів (залежно від кількості членів й обсягу залучених коштів) спрямовуються на забезпечення діяльності лікарняної каси, близько 10% – на матеріальне стимулювання медпрацівників – курси підвищення кваліфікації, придбання спеціальної літератури, участь

у наукових конференціях, семінарах, доплати сімейним лікарям і окремим медичним працівникам [7].

Важливе місце в оцінці ефективності лікування, особливо хронічних хворих, останнім часом займає показник “якість життя хворого”, що спричиняє значний вплив на ефективність лікування хворого, яку слід розглядати як багатофакторний показник. Фінансові кошти, необхідні для підтримки адекватного рівня якості життя хворого за кордоном, включаються в обов’язкову частину страхового тарифу. У нас цей показник, на жаль, не застосовується.

І якщо польська система охорони здоров’я працює зараз достатньо успішно, на вітчизняну впливають негативні тенденції. Виникає законне питання: чому, незважаючи на значні зусилля вітчизняних вчених, запровадження медичного страхування залишається проблемою актуальною, але важко вирішуваною.

Серед причин занепаду системи охорони здоров’я можна назвати недостатній рівень фінансування, інфляційні процеси, подорожчання життя, зростання вартості ліків та медичного обладнання, неефективне використання фінансових та інших ресурсів охорони здоров’я.

Вирішення вищезазначеної проблеми повинно полягати у кардинальній зміні фінансування охорони здоров’я. В умовах соціального медичного страхування фінансування лікувально-профілактичних установ зі спеціального фонду здійснюватиметься відповідно до затверджених стандартів лікування.

Для покращення фінансування охорони здоров’я Законом України “Про державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України”:

- видатки загального фонду на охорону здоров’я на 2008 рік обраховано у сумі 22,6 млрд. грн., що на 4,8 млрд. грн. (27%) більше планових призначень 2007 року;
- видатки місцевих бюджетів на охорону здоров’я встановлено у розмірі 29 млрд. грн., що на 5,9 млрд. грн., або на 25,6% збільшено порівняно з 2007 роком;

- видатки на охорону здоров’я на душу населення у 2008 році передбачено у розмірі 622,7 грн. проти 492,4 грн. 2007 року, що на 26,5% більше;
- обсяги видатків на виконання державних цільових програм та комплексних заходів у 2008 році збільшено на 309,2 млн. грн. і визначено в сумі 1737,4 млн. грн. [9].

Суттєвою проблемою також можна вважати “подвійне” і “потрійне” фінансування надання медичної допомоги через муніципальну, відомчу та академічну медицину, що порушує принципи єдиного медичного простору. В окремих областях співплата медичних послуг громадянами становить близько 40–60% загальнодержавного фінансування [10]. Тому, досягти бажаних результатів через просте збільшення державного фінансування дуже важко.

Польський досвід свідчить, що реформування охорони здоров’я слід починати зі створення правових основ обов’язкового медичного страхування. Законодавство має чітко визначати: хто платить внески, розмір внесків, методи сплати тощо. Така реформа вимагатиме змін чи додатків до статей Конституції, які регулюють питання охорони здоров’я українців. Адже, згідно з Основним законом держави, охорону здоров’я забезпечують державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм.

Водночас, навіть найдосконаліша законодавча база не зможе запустити механізм медичного страхування без відповідних фінансово-економічних передумов. Тим паче, в умовах, коли 80% населення має доходи нижчі за прожитковий мінімум, є достатньо велике приховане безробіття і заробітна плата в комерційних установах виплачується у конвертах. За цих умов функціонування механізму акумуляції коштів через спеціальний фонд бачиться украй проблематичним.

Гальмують розвиток страхової медицини в Україні такі чинники, як: недостатність інформації про медичне страхування, еко-



номічна незацікавленість суб'єктів охорони здоров'я у розвитку медичного страхування, нерозвиненість інфраструктури страхового ринку, відсутність попиту на послуги страхових компаній.

Ми вважаємо, що страхові компанії повинні формувати позитивний імідж своєї діяльності, займати активну інформаційну позицію через засоби масової інформації у питаннях медичного страхування, популяризувати серед населення свої проекти, інтегрувати в різні економічні структури. Це реальний і вкрай необхідний напрямок роботи. Він дасть змогу запровадити страхову медицину на державному рівні, а отже, реальні економічні методи управління в системі медичного забезпечення.

Страхова медицина, про яку в Україні говорять уже понад 15 років набуває більшменш реальних контурів. За прогнозами фахівців, при запровадженні медичного страхування загальний бюджет галузі з урахуванням додаткових надходжень від добровільного медичного страхування становитиме близько 5–5,5% ВВП. Такий рівень відповідає міжнародним рекомендаціям щодо необхідного фінансування медичної галузі. Структура надходжень до системи охорони здоров'я після запровадження обов'язкового медичного страхування фахівцями прогнозується у таких пропорціях: бюджетне фінансування – 55%; кошти обов'язкового медичного страхування – 35%; кошти добровільного медичного страхування – 5–7%; інші надходження – 3–5% [10].

Підсумовуючи вищесказане, зазначимо, що впровадження в Україні страхової медицини дозволить усім працювати в однакових умовах через гарантовані медичні послуги, стимулюватиме здорову конкуренцію у сфері охорони здоров'я. А головне те, що, врешті-решт, сформується новий характер відносин між лікарем і хворим: у центрі опиниться пацієнт і його здоров'я.

Безумовно, це складна багатогранна проблема, що вимагає побудови прозорої й ефективної моделі фінансування медичної

галузі. У її вирішенні не останнє місце посідає соціальна непередбачуваність запровадження медичного страхування у практику суспільно-економічних відносин, конфлікт капіталу і фінансових інтересів. Як вірно зазначають фахівці [9], здоров'я – це найбільша цінність для кожної людини. Проблеми здоров'я нації повинні об'єднати багатих і бідних, політичних союзників і опонентів, всі гілки державної влади.

### Література

1. Приходько О. Фінансові недуги охорони здоров'я // *Дзеркало тижня*. – 2004. – № 36 (511).
2. Немченко А. С., Панфілова А. Л. Чи лікуються хронічні хвороби вітчизняної охорони здоров'я в умовах медичного страхування? // [http://www.provisor.com.ua/archive/2006/№10/art\\_06.htm](http://www.provisor.com.ua/archive/2006/№10/art_06.htm).
3. Котенко К. Охорона здоров'я Ізраїлю // *Медична газета*. – 2008. – № 7. – С. 10–11.
4. В Україні до кінця року буде страхова медицина... // <http://www.zik.com.ua/ua/news/2008/03/06/128661>
5. Степанюк Г. Страхова медицина не за рами // *Львівська газета*. – 2006. – № 114 (921).
6. Заява заступника міністра охорони здоров'я О. Біловола // <http://www.zik.com.ua/ua/news/2007/04/06/>
7. Польський досвід переходу до стандартів обов'язкового державного медичного страхування вивчали фахівці // <http://medvisnyk.org.ua/content/view/84/31/>.
8. Михалюк С. Лікарняні каси вдосконалюють свою діяльність // <http://www.vz.kiev.ua/med/02-07/5.shtml/>
9. Сто днів роботи Міністерства охорони здоров'я. Звіт прес-служби Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2008р. // <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/docID=9695/>
10. Пояснювальна записка до проекту Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичного страхування" від 25.01.2007 // <http://www.moz.gov.ua/2007/01/25/>