



ДРУГА СЕСІЯ  
ШКОЛИ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖУРНАЛІСТИКИ  
"НОВА УКРАЇНА"

14-18 вересня 2011 року, м. Київ

Олег ПЕТРЕНКО

Директор зі стратегічного розвитку клініки «ОБЕРІГ»,  
магістр менеджменту організацій охорони здоров'я

**ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ – ЩО НАМ ПРОПОНУЮТЬ –  
ОТРУТУ, ПЛАЦЕБО ЧИ ПОРЯТУНОК?**

*Контекст<sup>1</sup>....*

Незалежній Україні вже п'ятнадцять. Серед багатьох проблем, які притаманні підлітковому віку держави, особливо турбує факт катастрофічного, починаючи з першого року незалежності, зменшення кількості її населення (демографічна криза). Проте крім зменшення кількості звертає на себе увагу низька якість людського ресурсу (суспільного капіталу) – якість, що визначається рівнем здоров'я громадян держави та очікуваною тривалістю їх життя. Рівень здоров'я конкретної особи і популяції в цілому є вкрай незадовільним, особливо турбує стала депопуляція та надзвичайно висока смертність чоловіків працездатного віку (феномен «чоловічої надсмертності»), що значно впливає на економічну безпеку держави через недоотримання валового національного продукту в наслідок передчасної смерті найбільш економічно-активного прошарку співгромадян. Несправедливо покладати всю відповідальність за це на систему охорони здоров'я (СОЗ), але і зменшувати її внесок, беручи до уваги низьку особисту відповідальність громадян за власну долю і стан здоров'я в посттоталітарній Україні, буде не зовсім вірно.

Загальновідомо, що саме людський ресурс (в першу чергу – інтелектуальний) в епоху глобалізації та економіки знань постіндустріального суспільства визначає спроможність конкретної держави бути конкурентоздатною в оточуючому світі.

Не існує простої відповіді на питання про те – скільки державі необхідно витратити на охорону здоров'я (у % від ВВП чи \$ на душу населення) тому адекватність витрат найкраще всього оцінювати, беручи до уваги загальні соціально-економічні умови, наявні ресурси та пріоритетні напрямки розвитку країни.

*Про «фінансування та медичне страхування».....*

Для того щоб громадяни отримали медичну послугу безоплатно, як записано в ст. 49 Конституції України, як і будь-яку іншу *соціальну* послугу, її реальну вартість необхідно відшкодувати надавачові такої послуги (лікарні або конкретному лікарю). Для цього треба мати фінансовий ресурс (джерело або декілька джерел покриття), який треба сформулювати шляхом **збору** і **об'єднання** коштів. Об'єднання коштів необхідне через певну непередбачуваність ризику захворіти для конкретної особи, проте можливо передбачити груповий чи популяційний ризик виникнення захворювань, який формує у населення реальний попит на медичні послуги, структура і об'єм якого можуть змінюватись в залежності від статевовікової структури та кількості населення, епідеміологічного стану, зміни поширеності тих чи інших захворювань, тощо.

Кошти для СОЗ можна отримати різним способом, але всі доступні варіанти вкладаються у 4 категорії: сума податкових надходжень (СП), сума премій на обов'язкове соціальне страхування (СС), сума прямої оплати громадян за надані послуги (ОГ) та сума

<sup>1</sup> Leichter (1979)

премій на добровільне приватне страхування (ПС). Загальна сума цих коштів дорівнює сумі видатків на медичне обслуговування, яка визначається добутком ціни (Ц) та кількості (К) наданих послуг. До того ж сума видатків дорівнює сумі доходів надавачів медичних послуг, який може бути визначений як внесок різноманітних робіт і матеріалів (Р) помножений на їх вартість (В). Отже за умови бездефіцитності ця проста формула виглядає наступним чином<sup>2</sup>:

$$СП + СС + ПГ + ПС = Ц * К = Р * В$$

або

$$A = B = C, \text{ де } A = СП + СС + ПГ + ПС$$

$$B = Ц * К$$

$$C = Р * В$$

Тепер можна говорити про механізм **збору і об'єднання** коштів (А) та механізми **перерозподілу** коштів між тими хто потребує медичних послуг (В) та тими хто їх надає (С).

Отже, теоретично і досить умовно, моделі фінансування СОЗ, базуючись на вищенаведеній формулі, за переважанням частки у цілому, можна розділити на:

- бюджетну (СП > СС + ПГ + ПС)
- соціального страхування (СС > СП + ПГ + ПС)
- приватну (ПС/ПГ > СП + СС)

Для розуміння поняття соціальної справедливості у механізмі фінансування СОЗ – стосовно категорії А нас цікавитиме питання: хто платить і яку частку власного доходу?; категорії В: хто отримує, що і за яких умов?; категорії С – кому платять, скільки і в який спосіб?

В соціально справедливих системах, принаймні найкращих з них (Франція), побудованих на моделі соціального медичного страхування, ситуація із суспільним фінансуванням СОЗ виглядає наступним чином – **усі** громадяни (обов'язковість) сплачують в якості страхової премії частку **пропорційну** власному доходу, ці **кошти об'єднуються** у один (або декілька) пул, який управляється державою або квазідержавною структурою (структурами) і за рахунок якого гарантовано всім громадянам держави (застрахованим) надається **універсальний пакет медичних послуг**, структура і об'єм якого **відповідають обсягу зібраних ресурсів** та на контрактних умовах спрямовуються постачальникам медичних послуг усіх форм власності, які спроможні їх надати за прийнятною для суспільства ціною. Медичні послуги, що не покриваються в межах гарантованого для всіх універсального пакету можуть покриватися або за рахунок добровільного страхування або шляхом безпосередньої оплати з боку пацієнтів. Звісно конкретні моделі фінансування національних СОЗ в країнах Європи можуть відрізнятися через історичні та інші обставини, але базові соціальні принципи, наведені вище дотримуються майже неухильно.

В бюджетних системах, де кошти збираються у вигляді податків, які формують державний бюджет, цей бюджет використовується або для постачання медичних послуг населенню шляхом **утримання постачальників** (лікарень з ліжками і лікарів) як у моделі Семашко (Україна), або для **оплати медичних послуг постачальникам** на умовах контракту між платником і постачальником, як у моделі Беверіджа (Велика Британія).

В Україні зараз продовжує функціонувати успадкована від СРСР система охорони здоров'я Семашка, яка є бюджетною, вертикально-інтегрованою системою з декларованим універсальним доступом до безоплатної медичної допомоги та покриттям всього населення. Але чи так це насправді після 15-ти років «незалежного» розвитку системи? Схиляюся до відповіді що – ні, і ось чому. Вертикально-інтегрована система Семашка в СРСР була частиною командно-адміністративної планової економіки і функціонувала, досить ефективно до речі, за існуючими на той час правилами, забезпечуючи пристойний рівень здоров'я громадян. Але за роки незалежності загальні правила в Україні кардинально змінились і суттєво відрізняються від радянських. Кульмінацією цих змін стало визнання міжнародним співтовариством економіки нашої держави *ринковою* на початку 2006-го року<sup>3</sup>. Ринковою за декількома формальними

<sup>2</sup> Evans R.G. (2000)

<sup>3</sup> [http://cpcfpj.org.ua/projects/foreignpolicy/week\\_theme/190206/](http://cpcfpj.org.ua/projects/foreignpolicy/week_theme/190206/)

ознаками, а не за суттю, бо ледь не половина ринку знаходиться в тіні і формує альтернативну (позабюджетну) систему економічних стимулів для суб'єктів ринку. Особливо виразно це стосується СОЗ України.

Чисельні різнопланові намагання реформувати систему Семашка в незалежній Україні були невдалими, але це не означає що система не змінилася. Під тиском нових економічних реалій та ринкових стимулів система трансформувалася, але за неписаними, проте об'єктивними, правилами, які встановлювались ринком перехідного періоду. Значне, іноді катастрофічне, зростання **неформального сектору** в охороні здоров'я призвело до втрати більшості позитивних рис притаманних системі Семашка в часи СРСР, і в першу чергу – обмеження універсального доступу громадян до медичних послуг через необхідність неформальної оплати з метою їх отримання та втрати якості медичної допомоги, як сервісної так і клінічної, особливо її первинної ланки .

Неформальні готівкові платежі громадян за нібито «безплатну» медичну допомогу стали правилом, що обмежило доступність медичної допомоги в першу чергу для соціально уразливих верств населення: людей з низькими доходами, хронічно-хворих, старих та інвалідів. Значно знизилась якість медичних послуг, що надаються в державному секторі, особливо на рівні первинної допомоги як у містах, так і особливо виразно на селі, де певні категорії громадян взагалі втратили можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу. Все це підсилювалось бідністю переважної більшості населення та надмірною зношеністю неоновлюваних основних фондів державних і комунальних медичних закладів, амортизація яких складає 70, а подекуди і 90%. Рівень офіційної оплати праці медичних працівників скотився до передостаннього місця серед всіх галузей народного господарства і є майже в 2 рази меншим середнього рівня оплати праці в промисловості, що мало наслідком не тільки зниження престижу праці а і девальвацію професійних та моральних якостей медичних працівників, яких держава штовхнула до самостійного рішення проблеми власного виживання, що зразу відчули на собі пересічні хворі.

Додатковим підтвердженням того, що існуюча «бюджетна» система не є такою за основними характеристиками, стали дані проекту Національних рахунків охорони здоров'я України<sup>4</sup> та деяких вибіркового досліджень. Так за даними Національних рахунків охорони здоров'я приватні витрати населення на оплату медичних послуг у 2003 – 2004 рр. склали 39 % сумарних витрат на охорону здоров'я. А дані дослідження<sup>5</sup>, виконаного А. Літваком зі співавт. в Одесі у 2000 році збільшують цю частку до 52 %. Таким чином, враховуючи формулу фінансування (ПГ => СП), система ОЗ в Україні перетворюється з бюджетної в приватно-фінансовану з усіма її недоліками стосовно доступності медичної допомоги. Крім того слід зазначити, що доля добровільного приватного/корпоративного медичного страхування як і доля зовнішньої допомоги в Україні не перевищує 1 % від загальних витрат на охорону здоров'я, отже приватний страховий ринок досі не здійснює адекватного впливу на трансформацію суспільного сектору СОЗ маючи для цього всі можливості та, останнім часом, активно лобіює лише можливість доступу до значного об'єму суспільних коштів, що зростає з року в рік. Варто лише зазначити, що у 1996 — 2007 роках фактичний обсяг видатків з державного бюджету на охорону здоров'я збільшився з 3,2 до 20,1 млрд. гривень, тобто в 6,2 рази, що значно випереджає темпи зростання ВВП. У скільки разів відповідно збільшилася Ваша особиста задоволеність доступністю і якістю медичних послуг і чи збільшилася взагалі? – Вирішувати Вам самим.

*Гроші на ОЗ, рік 2007-й, сумні міркування над бюджетом...*

Чому сумні? Бо видається так, що українське суспільство справді витрачає на СОЗ дуже значну кількість коштів, настільки значну, що сподіватись на принципове збільшення їх суми за поточних економічних умов, навіть через обов'язкове страхування, не варто. Натомість отримує взамін, або взагалі не отримує без додаткової оплати, не дуже якісні медичні послуги. Отже ще раз треба повернутися до питання доцільності та ефективності

<sup>4</sup> <http://www.sph.ukma.kiev.ua/?pageid=164> (звіт про Національні рахунки охорони здоров'я України за 2003 – 2004 роки)

<sup>5</sup> Літвак А., та ін. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. – Одеса., 2001.

їх використання тобто суть будь-яких змін полягатиме саме в зміні порядку використання коштів, які зникають в СОЗ не дійшовши до кінцевого споживача.

Тож, що ми бачимо познайомившись з таблицею розподілу видатків Державного бюджету України на 2007 рік, доступної на сайті Верховної Ради<sup>6</sup> та застосовуючи висновки представлених вище досліджень та загальновизнану світову методикою оцінок. Сума всіх коштів, що спрямовується за відповідними кодами функціональної класифікації видатків та кредитування державного бюджету, на функцію «охорона здоров'я» з центрального бюджету по всім відомствам становить 7,5 млрд. грн. Відповідна розрахункова сума видатків місцевих бюджетів на цю функцію складає 15,6 млрд. грн. Таким чином у зведеному бюджеті на функцію «охорона здоров'я» держава у 2007 році витратить 23,1 млрд. грн (7,5 + 15,6), що складатиме близько 13 % зведеного бюджету. Враховуючи, що прогнозований обсяг ВВП у 2007 році складе 594,1 млрд. грн. – реальні **суспільні витрати** на ОЗ складатимуть біля **3,9 %** від ВВП. Якщо ж до цієї суми додати, за методикою Національних рахунків охорони здоров'я, переважно готівкові **приватні витрати** домогосподарств які живлять неформальний сектор СОЗ, а це, як мінімум 39% або 13,7 млрд. грн., то **загальні** (суспільні і приватні) **витрати** на охорону здоров'я в Україні складуть **36,8 млрд. грн.** (!) або **6,2 %** від ВВП, а ця сума вже наближається до середніх світових показників можливої мобілізації ресурсів на ОЗ в конкретній державі. Якщо перерахувати це на душу населення то показник складе 764 грн. (\$151) на рік – невелика в абсолютному значенні цифра якщо порівнювати з розвинутими країнами (в ЄС ця сума коливається в діапазоні \$550 – \$3200 на людину), але достатньо велика з огляду на реальний стан економіки України. Це означає, що суспільство (громадяни) вже зараз спрямовує на охорону здоров'я – читайте саме у систему охорони здоров'я, бо інших спрямувань, крім медичних, в Україні немає – майже критичну, для поточного стану економіки, суму коштів. Але неефективна система легко їх «споживає» не забезпечуючи навіть мінімальних потреб незадоволеного суспільства. Коефіцієнт корисної дії такої системи дуже низький, тобто ми просто «викидаємо» реальні гроші живлячи неефективну, багаторазово дубльовану, економічно невмотивовану систему. Очевидно вже давно час її змінити. Проте комусь дуже вигідна нинішня позиція status quo – кому саме? Теж відомо, але це тема окремої розвідки.

Скільки коштів на ОЗ нам не вистачає і як зробити систему надання медичних послуг обрахованою – це окрема важлива тема, пов'язана з комплексом заходів **нормування** в ОЗ, а саме стандартизації надання медичної допомоги, запровадження класифікатора медичних послуг, обрахунку собівартості та формування тарифів. Без цього ми не зможемо говорити про кошти об'єктивно, завжди казатимуть, що не вистачає ще 30 чи 50%.

#### *Основні негаразди в СОЗ, тенденції та можливі наслідки....*

Про негаразди сучасної системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні говорять усі. В першу чергу це пов'язане з незадоволеністю населення, яке часто не може отримати необхідні медичні послуги належної якості<sup>7</sup>. Незадоволених серед громадян дуже багато через те, що будь-хто з нас рано чи пізно потребує медичної допомоги і рішення більшості з таких проблем неможливе без звернення до СОЗ. Проте поодиноких фахівців турбує інше – чому це так і як на це вплинути.

Слід підкреслити, що фінансування СОЗ за рахунок загальних податків (бюджетна система) теоретично є найбільш соціально справедливою, що підтверджують приклади Канади та Великої Британії. Зауважте, що бюджетні системи функціонують саме в найліберальніших з економічної точки зору країнах Старого і Нового Світу де приватна ініціатива і особиста відповідальність громадян набагато вища, а ступінь державного

<sup>6</sup> <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=489-16>

<sup>7</sup> Кузяків О. Система охорони здоров'я в Україні: бачення проблем лікарями, пацієнтами та політиками (за результатами фокус-груп та глибинних інтерв'ю)// Презентація на засіданні круглого столу в Інституті економічних досліджень та політичних консультацій “Основні проблеми охорони здоров'я України: думка експертів, медиків та пацієнтів” 24 листопада 2005 року

патерналізму та інтервенціоналізму низька. Проте вони притримуються стратегії універсального забезпечення медичними послугами громадян за рахунок суспільних джерел, вважаючи це умовою, що сприяє економічному зростанню. Ми вже говорили, що бюджетна система визначається такою за умови коли бюджетні кошти, зібрані у вигляді податків перевищують суму всіх інших джерел надходжень (СП > СС + ПГ + ПС). В принципі, бюджетна система повинна надавати громадянам однаковий доступ до рівноцінних за якістю медичних послуг, незалежно від розміру відрахувань окремих громадян. Така система, теоретично, влаштовуватиме більшість населення і її підтримуватимуть до тих пір, поки більшість згідна, що всі громадяни вчасно отримують необхідну і якісну допомогу. Зараз ситуація в Україні змінилась і більшість населення, незадоволеного станом справ у СОЗ, власноруч вирішують питання щодо отримання необхідних медичних послуг. І якщо новоутворений середній клас все частіше за власний рахунок вимагає більшої якості і різноманітності послуг, то переважна більшість неплатоспроможного населення залишається сам на сам із рішенням проблеми фінансових витрат внаслідок непередбачуваних видатків при отриманні нібито «безоплатної» медичної допомоги у державному секторі.

### *Принципи побудови системи ОЗ та її цілі....*

Обговорення сильних і слабких сторін бюджетної моделі чи моделі соціального медичного страхування неможливе без повної ясності уявлень про цілі політики в сфері охорони здоров'я. Подібні цілі чітко визначені розвинутою світовою спільнотою і їх всього три. Тож адекватна модель СОЗ повинна: 1) покращувати здоров'я населення (його рівень і розподіл), у довгостроковій перспективі; 2) забезпечувати фінансовий захист від зубожіння домогосподарств внаслідок непередбачуваних витрат в разі хвороби члена сім'ї; 3) забезпечувати задоволеність населення наданими медичними послугами. Всі інші цілі є тільки вторинними і спрямованими на досягнення цих трьох основних цілей. Як на мене, то для України зараз найважливішим є пошук моделі змін, яка в першу чергу забезпечить досягнення другої цілі, бо непередбачувані катастрофічні витрати в разі хвороби часто є причиною бідності, в тому числі успадкованої, ледь не третини всіх домогосподарств (сімей) в Україні.

Політичний процес у відношенні до ОЗ передбачає визначення цілей та завдань, встановлення пріоритетів і визнання того, що в процесі комплексного рішення поставлених завдань прийдеться знаходити компроміси і передбачати певні **втрати**. Проте у осіб, які приймають рішення часто відсутнє чітке уявлення про власні цілі та завдання. Це менш несприятливий варіант на протигагу ситуації, коли прикриваючись правильними цілями на замовлення лобістів відбувається підміна понять, що може бути кваліфікована, як усвідомлена, умисна брехня. Подібна ситуація складається і з минулорічним депутатським законопроектом «Про фінансування охорони здоров'я і медичне страхування» (№2192 від 19.09.2006) обговорення якого на шпальтах «Дзеркала Тижня» останнім часом набуло широкого розголосу. Ми стали свідками взаємних звинувачень і «щирих» виправдовувань, проте залишається відчуття, яке для мене є переконанням, що більшість депутатів, які подавали цей законопроект навіть не читали документ, під яким стоять їх підписи. Тож закликаю всіх, кому не байдужа ситуація з СОЗ в Україні прочитати запропонований законопроект і порівняти принципи на яких він побудований із міркуваннями викладеними вище та зробити свої власні висновки щоби потім не страждати, зіштовхнувшись у реаліях з новим порядком медичного обслуговування, який пропонує зазначений депутатський твір на тему «ліберальних» відносин в охороні здоров'я. Бо справжній лібералізм ґрунтується на індивідуалізмові, який у розрізі системи охорони здоров'я передбачає високий рівень особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, але це окрема тема.

Другий тиждень лютого дав можливість ознайомитися ще з двома альтернативними депутатськими ініціативами – проектами законів «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (№№ 3155 від 09.02.2007 та 3155-1 від 12.02.2007)<sup>8</sup>, що вже надає можливість всім охочим скласти власне

<sup>8</sup> [http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb\\_n/webproc4\\_1?id=&pf3511=29461](http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=29461)

уявлення про переваги і недоліки різних моделей медичного страхування на основі загальноновизнаних світових підходів їх оцінювання та спостерігати за деякими політичними казусами, коли ліберальні ідеї змішуються з соціал-демократичними. Тепер нехай вгамується політикум і покаже які конкретні міркування покладені у основу вибору тієї чи іншої моделі обов'язкового медичного страхування – як відверто правої, ліберально-ринкової цивільно-правової моделі (законопроект № 2192), що базується на Законі України «Про страхування» так і лівішої соціал-демократичної (законопроекти №№ 3155 та 3155-1), що базується на Основах законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Може почується фаховий коментар відомих юристів, захоплених конституційно-владними баталіями, з приводу юридичної колізії існування новели про обов'язкове медичне страхування у двох різноспрямованих законах що визначають розвиток законотворчості в цій царині. Може будуть в змозі апологети обох альтернативних моделей переконати фахівців і громаду у правильності їх зусиль в розрізі майбутнього правозастосування. Будемо сподіватися саме на це.

Насамкінець хочу наголосити, що головними функціями фінансування ОЗ є створення пулів (об'єднання) та розподіл коштів – рух коштів від багатих до бідних (перерозподіл доходів) і від здорових до хворих (перерозподіл ризиків). Одним із найважливіших політичних аспектів збору коштів на охорону здоров'я є забезпечення справедливої мобілізації суспільних коштів шляхом попередньої оплати. Чим прогресивніша система внесків (як мінімум пропорційна доходу) тим, умовно, справедливіше система фінансування ОЗ в цілому. На відміну від будь-якого методу попередньої оплати медичного обслуговування (податки чи соціальне страхування), безпосередні платежі готівкою під час надання медичної допомоги, значно зменшують як ступінь солідарного фінансового покриття видатків на лікування, так і переносять основний тягар витрат на плечі бідних і хворих співгромадян, тобто люди не відчувають соціальної згуртованості, яка допомагає долати труднощі перехідного періоду розвитку економіки.

Конфлікти інтересів, як бізнесових так і політичних, які безперечно пов'язані з моделлю фінансування СОЗ, найбільшою мірою визначають хід суспільних і політичних дискусій про всі інші характеристики системи охорони здоров'я стосовно розподілу зібраних ресурсів та ефективності їх використання. Обов'язкове медичне страхування навряд чи залучить додаткові кошти до СОЗ, але точно стане каталізатором змін у сфері пріоритетів та механізмів їх витрачання, сподіваюся на користь саме громадян а не посередників, як би їх не називали. Давайте думати разом, бо дискредитація реформ лежить не в царині задекларованих цілей, а в спроможності конкретних обраних інструментів їх досягнути.