



## ДЕМОГРАФІЯ; ЕКОНОМІКА ПРАЦІ; СОЦІАЛЬНА ЕКОНОМІКА І ПОЛІТИКА

**Д. А. Арзянцева**

*кандидат економічних наук,  
доцент кафедри державного управління  
та місцевого самоврядування  
Хмельницького університету управління та права*

**О. О. Пунда**

*кандидат юридичних наук,  
доцент кафедри економічної теорії  
Хмельницького економічного університету*

УДК 332.14 (477)

### ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

*Стаття присвячена проблемам вибору організаційно-правової моделі надання медичної допомоги в Україні. Розглянуто принципи формування дієвої стратегії розвитку організації системи охорони здоров'я. Запропоновано та визначено дефініцію синтетичної організаційно-правової моделі надання медичної допомоги в Україні.*

*Статья посвящена проблемам выбора организационно-правовой модели предоставления медицинской помощи в Украине. Рассмотрены принципы формирования действенной стратегии развития организации системы здравоохранения. Предложена и определена дефиниция синтетической организационно-правовой модели предоставления медицинской помощи в Украине.*

*The article is devoted to the problems of choice of organizational and law models of providing medical help in Ukraine. The principles of forming the effective strategy of development of organization of the health protection system have been considered. The definition of the synthetic organizational and legal model of providing the medical help in Ukraine has been proposed and defined.*

Одним із основних природних та невід'ємних прав людини є її право на життя та здоров'я, засобом забезпечення якого є право на надання медичної допомоги. Конституція України у ст. 49 закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Це право забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Людина та її права є найбільшою цінністю у правовій та соціальній державі. Конституція України у цьому контексті в цілому відповідає принципам міжнародного права і тенденціям його розвитку щодо прав людини на медичну допомогу.

Перевіркою еталонів суспільних уявлень про можливості реалізації права людини на медичну допомогу є практика, яка, на жаль, свідчить про наявність теоретичних і прикладних питань, суперечливих ситуацій, що потребують розв'язання. Їх вирішення

© Арзянцева Д.А., Пунда О.О., 2010.



матиме велике значення для розвитку як економічної, так і юридичної науки, у подальшій організації діяльності щодо напрямків надання людині необхідної кваліфікованої медичної допомоги.

Сучасний стан системи охорони здоров'я не дозволяє повною мірою забезпечити право громадян на медичну допомогу на рівні передбаченому міжнародними стандартами та законодавством України. Вже давно потребує змін існуюча система фінансування закладів охорони здоров'я, переходу на нові принципи фінансування вартості окремої медичної послуги наданої конкретному громадянину. Головним питанням при цьому залишається вибір організаційно-правової моделі надання медичної допомоги в Україні. Гостроти питанню надає і той факт, що виклики та загрози сучасного світу, обумовлені природними катаклізмами, надзвичайним загостренням численних збройних конфліктів, поширенням у глобальному масштабі терористичної загрози, зростанням техногенної небезпеки, народженої індустріальною цивілізацією, та виникнення нових різновидів небезпечних хвороб, вимагають адекватного регулювання питань надання медичної допомоги за умов виникнення різного роду екстремальних ситуацій. Це поглиблює проблему вибору моделі надання медичної допомоги у таких надзвичайних ситуаціях.

На жаль, проблема правового забезпечення здійснення права на медичну допомогу недостатньо вивчена, хоча зацікавленість нею науковців і практиків як правників, економістів, так і медиків, непинно зростає. Окремі аспекти реалізації права людини на медичну допомогу через окремі організаційно-правові моделі вивчалися вченими у галузі охорони здоров'я і медицини В. Журавель, С. Козуліна, у рамках конституційного та адміністративного права З. Гладун та цивільного права С. Антонов, О. Крилова, О. Прасов, І. Сенюта. З позицій економіко-управлінського погляду на проблематику медичного страхування в Україні можна відзначити роботи В. Бідного, О. Губаря, Т. Педченка, Я. Радіша, В. Рудня.

Проте комплексно правовим, соціальним, фінансово-економічним та організаційним проблемам вибору та використання загальнообов'язкового державного соціального медичного, добровільного медичного страхування або бюджетно-фінансованої медичної допомоги належної уваги досі не приділялось.

У межах статті визначимо поняття та види організаційно-правової моделі надання медичної допомоги в Україні, окреслимо їх основні принципи, проаналізуємо стан нормативно-правового забезпечення.

Дієвість стратегії розвитку системи охорони здоров'я в Україні, спрямованої на побудову оптимальної моделі її функціонування, залежить від дотримання певних принципів, які відображають специфіку цієї сфери, надають обґрунтованості рішенням щодо визначення перспектив розвитку. До них доцільно, на наш погляд, віднести принципи пріоритетності, соціальної спрямованості, збалансованості, пропорційності, диференційованого підходу, оптимальності, ефективності, сталості та гнучкості.

*Принцип пріоритетності* забезпечує узгодженість між цілями національної та регіональної стратегії, наявними можливостями та нагальними проблемами розвитку системи охорони здоров'я в межах окремої території та держави в цілому. Чітке дотримання цього принципу дає змогу зосередити необхідні матеріально-технічні, фінансові та трудові ресурси на пріоритетних і найбільш значущих напрямках, що особливо важливо в умовах обмеженості бюджетних ресурсів. Реалізація цього принципу є актуальною у ситуації, коли велика кількість різнопланових (економічних, медичних) та різнорівневих (національних, регіональних, місцевих, локальних) проблем вимагають негайного одночасного вирішення.

*Принцип соціальної орієнтованості* визначає націленість системи охорони здоров'я, її галузевої, функціонально-територіальної структури на досягнення, у першу чергу, соціальної та медичної ефективності, яка проявляється у підвищенні доступності та якості медичної допомоги, збереженні та відновленні здоров'я населення, попередженні хвороб та зниженні смертності, подовженні тривалості життя тощо.

*Принцип збалансованого і пропорційного розвитку* передбачає формування оптимальної просторової структури системи охорони здоров'я, вирівнювання територіальних диспропорцій у побудові мережі лікувально-оздоровчих закладів. Крім того необхідним є забезпечення поєднання галузевих та регіональних пріоритетів, дотримання збалансованості у розвитку економіки держави у цілому. Цей принцип потребує якомога повного врахування всіх взаємозв'язків та взаємозалежностей як усередині системи охорони здоров'я, так і з іншими сферами.

*Принцип врахування рівня розвитку медико-демографічної ситуації регіонів.* Якщо попередній принцип спрямований на забезпечення рівномірного розвитку системи охорони здоров'я та її складових у державі в цілому, то даний принцип наголошує на диференційованому підході до формування стратегій регіонального розвитку, її адаптації



до умов конкретної території та вирішення їх ключових проблем.

*Принцип оптимальності та ефективності* означає реалізацію основних напрямків стратегії розвитку системи охорони здоров'я з найменшими фінансовими і ресурсними витратами у найкоротші строки, передбачає побудову альтернативних варіантів досягнення головних цілей розвитку цієї сфери, вибір найкращого з них. Дотримання цього принципу вимагає визначення всіх видів ефекту (економічного, медичного, соціального) та узгодження критеріїв результативності на етапі прийняття рішень.

*Принцип сталого розвитку* спрямований на збереження умов відтворення і функціонування системи охорони здоров'я не лише у короткочасному періоді, але і забезпечення стабільного розвитку на довгострокову перспективу.

*Принцип гнучкості важелів*, адаптації до соціально-економічних умов країни чи конкретного регіону передбачає необхідність пристосування та швидкого реагування до змін у зовнішньому середовищі, розробки альтернативних варіантів дій та заходів корекції. Крім того стратегія розвитку системи охорони здоров'я має узгоджуватись із загальною стратегією соціально-економічного розвитку держави, враховуючи тим самим галузеві та національні інтереси.

Основною перевагою запропонованих принципів є те, що вони відображають мету, специфічні риси та взаємозв'язки системи охорони здоров'я в цілому. Їх дотримання при розробці відповідних цільових і комплексних програм забезпечуватиме поєднання національної політики та власне стратегії розвитку цієї сфери, сприятиме формуванню оптимальної моделі її функціонування, а, отже, покращенню медико-демографічної ситуації в державі та її регіонах.

Зазначені нами принципи є універсальними вимогами втіленням сучасних потреб організації надання медичної допомоги в Україні. Визначення цих принципів дає можливість перейти до аналізу можливостей їх практичного втілення у межах окремих організаційно-правових моделей надання медичної допомоги.

Під *організаційно-правовою* моделлю надання медичної допомоги ми розуміємо, перш за все, спосіб організації фінансування надання окремих видів медичної допомоги населенню та безпосередній порядок оплати послуг медичних закладів (у тому числі приватної медичної практики) різних форм власності/підпорядкування.

Практично усі країни світу у певні періоди своєї історії постають перед необхідністю реформування системи охорони здоров'я, покращення медичного обслуговування, підвищення якості та доступності медичної допомоги. Обґрунтування і реалізація в Україні власних довгострокових проєктів розвитку у цій сфері визначає доцільність ознайомлення із зарубіжним досвідом її організації та функціонування. Результати таких досліджень стають основою для визначення перспективних напрямів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, розробки комплексу ефективних заходів вирішення медико-демографічних проблем як на загальнодержавному, так і місцевому рівні.

Одним із головних елементів механізму регулювання будь-якої сфери, включаючи охорону здоров'я, є порядок та умови утворення її фінансової бази. Йдеться про визначення джерел фінансування, встановлення способів мобілізації та накопичення грошових ресурсів, напрямів використання.

Слід зазначити, що в зарубіжних країнах існують три базові системи фінансування охорони здоров'я [1, с. 75]:

- 1) *бюджетна система Бевериджа*, що представлена у Великобританії, Данії, Італії, Ірландії, Норвегії, Канаді, Португалії, та ефективно продемонструвала свої можливості у СРСР;
- 2) *страхова система Отто Бісмарка* (Німеччина, Нідерланди, Франція, Швейцарія, Австрія, Бельгія, Голландія, Японія);
- 3) *ринкова модель*, тобто система медичного обслуговування, для якої характерно надання медичної допомоги переважно на платній основі (США), яка зазнає сьогодні глобальних якісних змін у межах реформи охорони здоров'я, започаткованої Президентом Б. Обамою.

У рамках *бюджетної моделі* медичні послуги надаються державними установами, фінансування яких здійснюється головним чином з державного бюджету, за рахунок податкових надходжень від підприємств та населення. Громадяни країни отримують медичну допомогу безкоштовно (за виключенням визначеного набору медичних послуг). Держава є основним покупцем та постачальником медичної допомоги, забезпечуючи задоволення більшої частини суспільних потреб в послугах охорони здоров'я. Переваги цієї моделі демонструють достатньо високу ефективність та поширеність її поширеність у багатьох країнах світу. І, перш за все, — це орієнтація на профілактику захворювань. Оскільки оплата праці не залежить від конкретного випадку хвороби, лікар об'єктивно



зацікавлений у зниженні захворюваності, скороченні обсягів медичних послуг. До недоліків цієї моделі фахівці відносять відсутність факторів, стимулюючих зростання якості медичної допомоги, що надається державними закладами, повільне впровадження сучасних медичних технологій.

*Страхова модель організації охорони здоров'я* поєднує у собі платний ринок медичних послуг з розвинутою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Дана модель побудована на принципі солідарності. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється шляхом залучення коштів з різних джерел. Таким чином, привабливість страхової моделі по відношенню до бюджетної моделі полягає у тому, що вона дозволяє зекономити значний обсяг коштів, оскільки більша частина фінансового навантаження покладена на страховика. Бюджетні кошти спрямовуються на фінансування цільових програм (допомога незабезпеченим верствам населення, інвалідам, лікування та профілактика суспільно небезпечних захворювань), наукові дослідження, покращення екологічної ситуації. І в той же час, обов'язкове медичне страхування охоплює лише законодавчо визначене коло осіб, потребує розробки ефективного механізму контролю за рухом фінансових ресурсів. Крім того в останні роки у країнах зі страховою моделлю організації охорони здоров'я важливе значення надається процесу реструктуризації медичної допомоги. Оскільки спеціалізована допомога у цих країнах є досить дорогою, перспективним напрямом реформування стало переміщення акцентів на амбулаторне медичне обслуговування, у тому числі на засадах сімейної медицини, зменшення тривалості перебування у лікарнях, активізація впровадження стаціонарозаміщуючих технологій тощо.

Розглянемо особливості американської системи охорони здоров'я через її подібність до фактичної будови структури суспільних відносин в Україні щодо надання медичної допомоги.

На становлення американської системи істотно вплинули традиційні ідеї особистої свободи, відповідальності та вільного підприємництва. Сфера охорони здоров'я представлена розвинутою системою приватних медичних установ та комерційним медичним страхуванням, де лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти — покупцями [2]. При цьому медичні послуги розглядаються як будь-який інший товар, що може бути придбаний та проданий на ринку.

Для більшості населення страхування здоров'я є особистою справою кожного. Майже 85 % американців отримують поліси приватного медичного страхування, витрачаючи на це більше 10 % доходу сім'ї [3, с.155].

Як правило, американські фірми забезпечують колективне страхування робітників та службовців. Приблизно 13 % населення мають як особисту страховку, так і страховку роботодавців [4, с. 63]. Однак не всі підприємці можуть дозволити собі страхування робітників: малі підприємства здатні оплачувати лише частину медичної страховки працівників. Більшість фірм вносять страхові суми за своїх робітників не постійно, а тоді, коли лікування потрібно. Як наслідок, у випадку звільнення працівник фактично залишається незастрахованим.

Існує багато видів медичного страхування, що пропонують роботодавці. Одним з розповсюджених є "компенсаційне страхування": роботодавець виплачує страховій компанії так звану страхову премію за кожного робітника, забезпеченого відповідним полісом. Далі страхова компанія компенсує чеки, надані медичними установами, оплачуючи таким чином лише ті послуги, які входять до страхового плану. Решту витрат повинен оплатити сам пацієнт.

За іншою схемою медичного страхування страхові організації отримують певну фіксовану суму коштів, яка виплачується за кожного застрахованого. При цьому заклади та лікарі, що надають медичні послуги, отримують встановлену суму грошей за кожного пацієнта незалежно від того, чи будуть надані пацієнту додаткові послуги понад цю суму чи ні. Таким чином, у першому випадку працівники системи охорони здоров'я зацікавлені у наданні пацієнтам додаткових послуг, тоді як у другому — буде наданий базовий набір медичних послуг, необхідний для задовільного самопочуття.

Приватні страховики (більше 15 тис. страхових компаній) працюють в умовах жорстокої конкуренції, що призводить до негативних наслідків — компанії надають перевагу страхуванню осіб молодого віку, здорових, а також представникам середнього та заможного класу.

Проте нова реформа Президента Б. Обама передбачає надання значних субсидій для бідних американців, що не в змозі платити страхові внески за медичну допомогу. Це тягне зміни у діяльності федеральних органів страхування, ширше охоплення обов'язковим медичним обслуговуванням і підвищення старих та введення нових податків на заможних громадян США. Чимало з умов реформи мають бути ведені у дію



лише з 2014 року, що викликає у аналітиків занепокоєння у можливості довести її до кінця.

Ринкова модель організації охорони здоров'я вважається найбільш якісною, але й найбільш дорогою. Закони вільного ринку, притаманні системі охорони здоров'я США, сприяли створенню високотехнологічної та якісної медицини. Однак ця система має істотні недоліки: високу вартість лікування та обмежений доступ до медичної допомоги для соціально незахищених верств населення. Тривалий час саме ця модель пропонується для впровадження в Україні. Це призвело до розробки декількох законопроектів, які передбачали принципи, правові, організаційні та фінансові засади і механізми функціонування загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування громадян в Україні. Жоден із них так і не було досі прийнято, хоча обов'язкове, як вид страхування був передбачений ще Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року. Однак тільки з прийняттям Указу Президента “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” від 8 серпня 2000 року можна говорити про початок комплексних практичних підготовчих заходів, які спрямовані на побудову в Україні ефективної системи реалізації цього права.

З теоретичних позицій право на медичне страхування складається з права на отримання медичної допомоги у межах загальнодержавних або місцевих програм добровільного медичного страхування, права на вибір страхувальника страхового медичного випадку, права на вибір лікувального закладу, лікаря та засобів лікування відповідно до договорів обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також, що є особливо важливим, — права на медичне страхування неправильного лікування.

У першу чергу медичне страхування в Україні можна поділити на загальнообов'язкове (державне, засноване на справедливому та достатньому соціальному забезпеченні) та добровільне (приватне, засноване на принципах цивільно-правових відносин). Метою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є встановлення гарантій щодо захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в обсягах, визначених у програмах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та відповідно до стандартів надання медичної допомоги. Реалізація цього нормативно-правового акту потребує внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Бюджетного кодексу України, багатьох інших законодавчих актів. Нажаль ця робота так і не була розпочата, а з часом окремі пропозиції закріплені у цих законопроектах були відкинуті світовою практикою.

Впродовж останнього десятиріччя ХХ ст. більшість європейських держав намагалися реорганізувати систему охорони здоров'я, що мало на меті усунення існуючих недоліків, запровадження ринкових механізмів з метою підвищення ефективності медичного обслуговування.

Суспільна практика в Україні також демонструє неможливість обрати лише одну організаційно-правову модель надання медичної допомоги населенню. Подолання кризових явищ у сфері охорони здоров'я в державі, на нашу думку, є можливим лише через використання синтетичної організаційно-правової моделі надання медичної допомоги.

Під *синтетичною організаційно-правовою моделлю* надання медичної допомоги в Україні ми пропонуємо такий спосіб організації фінансування надання окремих видів медичної допомоги населенню, який буде поєднувати елементи різних систем (бюджетна; страхова система; ринкова) з врахуванням видів медичної допомоги (первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню; спеціалізованої (вторинна) лікувально-профілактична допомоги та високоспеціалізованої (третинна) лікувально-профілактична допомоги) характеру медичної послуги та обставин її надання.

При цьому обставини надання медичної допомоги відіграють важливе значення у контексті фінансування “медицини катастроф”. Сьогодні в Україні створена досить широка правова база присвячена питанням надання медичної допомоги в екстремальних умовах: Закон України “Про правовий режим воєнного стану” від 6 квітня 2000 року; Закон України “Про правовий режим надзвичайного стану” від 16 березня 2000 року; Закону України “Про зону надзвичайної екологічної ситуації” від 13 липня 2000 року (у ст. 8 цього Закону передбачено, що за наявності достатніх підстав у межах зони надзвичайної екологічної ситуації може бути введено правовий режим надзвичайного стану); Закон України “Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру” від 8 червня 2000 року; Закон України “Про



захист населення від інфекційних хвороб” від 6 квітня 2000 року; Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24 лютого 1994 року. Проте жоден із цих нормативних актів не визначає спосіб організації фінансування цих заходів.

Підсумовуючи, зазначимо, що необхідною умовою забезпечення сталого, пропорційного та збалансованого розвитку системи охорони здоров'я є розробка ефективної стратегії, яка сприятиме попередженню структурних та територіальних деформацій у організації, враховуватиме особливостей національної та регіональної медико-демографічної ситуації, забезпечуватиме покращення доступності та якості медичного обслуговування населення, що буде можливим лише за умов використання синтетичної організаційно-правової моделі надання медичної допомоги.

Обґрунтування і реалізація в Україні власних довгострокових проектів розвитку системи охорони здоров'я визначає доцільність ознайомлення із світовим досвідом організації та функціонування організаційно-правових моделей у цій сфері. Результати таких досліджень стають основою для визначення стратегічних пріоритетів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, розробки комплексу ефективних заходів вирішення медико-демографічних проблем як держави у цілому, так і її регіонів.

На даний час в Україні необхідним є прийняття законодавчої бази для впровадження синтетичної моделі надання медичної допомоги.

На законодавчому рівні необхідно імперативно визначити перелік медичних послуг, які підлягають обов'язковому фінансуванню за рахунок державного бюджету (особливо у частині надання медичної допомоги у екстремальних ситуаціях).

#### Список використаних джерел

1. Лисицин, Ю. П. Медицинское страхование [Текст] / Ю. П. Лисицин. — М. : Медицина, 1995. — 142 с.
2. Стігліц, Дж. Е. Економіка державного сектору [Текст] / Дж. Е. Стігліц ; [пер. з англ. А. Олійник, Р. Скільський]. — К. : Основи, 1998. — 656 с.
3. Кимболл, А. М. Система здравоохранения США: сравнительное исследование [Текст] / А. М. Кимболл // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы : Сб. научн. тр. / Под ред. М. В. Удальцовой, М. Ричардсон. — Новосибирск : НГАЭиУ, 1997. — С. 150–160.
4. Лесков, Г. Состояние рынка страхования жизни и здоровья в наиболее развитых странах. Некоторые особенности пенсионного и медицинского обеспечения [Текст] / Г. Лесков // Страхование дело. — 1999. — № 3. — С. 60–65.

*Рекомендовано до друку кафедрою державного управління та місцевого самоврядування  
Хмельницького університету управління та права  
(протокол № 7 від 3 березня 2010 року)*

Надійшла до редакції 12.03.2010

