

*Н. В. Авраменко,
к. мед. н., доцент, доцент кафедри акушерства, гінекології та
репродуктивної медицини, Запорізький медичний університет*

ДЕРЖАВНА СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті автором обґрунтовується необхідність запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як додаткового механізму позабюджетного фінансування медичної галузі.

The author explains a necessity of introduction of obligatory state social medical security as an additional mechanism of the non-budgetary financing of medical industry in the article.

Ключові слова: державна політика, соціальні гарантії, охорона здоров'я, фінансування, страхування, держава, соціальний ризик

ВСТУП

Становлення України як демократичної держави, відповідні перетворення в суспільстві потребують формування нової концепції державного управління галуззю охорони здоров'я, обґрунтування системи управління її складовими. Серед них особливе місце посідає система фінансування охорони здоров'я, яка є надзвичайно складною, значною за обсягом та впливом на ефективність діяльності галузі. В умовах формування ринкових відносин галузь охорони здоров'я в Україні, яка була раніше орієнтована на бюджетну підтримку й не мала необхідного позабюджетного потенціалу, потрапила в кризову ситуацію. Ця проблема загострюється внаслідок загального погіршення умов життя переважної більшості громадян країни, зростання рівня захворюваності та смертності працездатного населення, тенденціями до розвитку небезпечних для нації епідемій, які не зустрічалися раніше тощо.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Дослідити пріоритети державної політики з реалізації соціальних гарантій в галузі охорони здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ

На важливості наукового пошуку щодо різних складових державної політики України в галузі охорони здоров'я наголошують дослідники цієї проблеми — М. Білинська, О. Біловол, С. Бугайцов, Ю. Вороненко, Ю. Гайдаєв, М. Голубчиков, Т. Грузева, А. Зіменковський, Д. Карамішев, Б. Криштопа, В. Лехан, В. Лобас, В. Москаленко, А. Нагорна, М. Поліщук, В. Пономаренко, В. Пасько, Я. Радиш, В. Скурятівський, Г. Слабкий, І. Солоненко, В. Таралло, В. Чебан, О. Черниш, О. Шаптала, М. Шутов, Н. Ярош та ін.

Суспільство побудоване таким чином, що примус певною мірою є умовою свободи. Економічною реальні-

стю є те, що держава виступає активним учасником ринкових відносин.

Активна участь держави в економічному житті зумовлена, як мінімум, трьома причинами.

По-перше, цього вимагає основа ринкового механізму — конкуренція. Розвиток монополій підриває конкурентне начало ринкової економіки, негативно відбивається на розв'язанні макроекономічних проблем, веде до зниження ефективності суспільного виробництва. Ось чому силі монополій повинна бути протиставлена законодавча та інша антимонопольна діяльність держави.

По-друге, завжди існували такі види виробництва, що не сприймали ринковий механізм. Насамперед, це виробництва з довгим терміном окупності капіталу, без яких суспільство не може обійтися, а результати яких не можна вимірювати у грошовому еквіваленті: фундаментальна наука, обороноздатність країни, охорона правопорядку, утримання непрацездатних, освіта, охорона здоров'я тощо.

По-третє, є причини, що виходять з обмежених можливостей ринкових саморегуляторів: забезпечення рівноваги в економічній системі, підтримка зайнятості населення на необхідному рівні, правове забезпечення функціонування ринкового механізму, розробка теорії суспільного вибору та принципів раціональної економічної поведінки.

У розвитку економіки держава повинна корегувати ті недоліки, що притаманні ринковому механізму. Ринку не сприяє збереженню невідтворювальних ресурсів, захисту навколишнього середовища, здоров'я населення, не може регулювати використання природних ресурсів, що належать всьому людству. Ринку завжди був орієнтований на задоволення тих, хто має гроші.

Здійснення в країні ринкових перебудов лишає систему соціального за-

безпечення її основного гаранта — стабільних надходжень з держбюджету. Безоплатні соціальні послуги відходять у минуле, замінюючись платними. Ось чому в основу системи соціального захисту, що формується в Україні, повинні бути покладені страхові методи. Їх сутність полягає у розподілі матеріальної відповідальності, компенсації та мінімізації соціальних ризиків серед максимально можливої кількості учасників, тобто соціальний захист набуває форми організованої взаємодопомоги. Зазначене вище і створює необхідні підвалини для негайного втручання держави у цей процес. Державі повинна нести відповідальність за управління соціальними ризиками, у тому числі і в охороні здоров'я. А це концентрує спрямування механізмів державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на соціальних проблемах у медичній галузі. На перше місце виходить проблема управління соціальними ризиками.

На сучасному етапі розвитку нашої країни дуже важливим питанням є побудова ринкової моделі соціального страхування. Колишня соціалістична модель охорони здоров'я була подібною соціальному забезпеченню. Така система мала, без сумніву, позитивні риси тому, що держава всі функції соціального захисту брала на себе, і на цій основі досягалася стабільність функціонування. Але в той же час вона звільняла людей від особистої відповідальності за своє майбутнє. Таке положення було загальним і, природно, не сприяло зацікавленості населення у підвищенні ефективності їх участі в суспільному виробництві.

Соціальне страхування базується на інших підходах. Тут держава диктує лише загальні "правила гри", затверджує їх у вигляді нормативних актів, що регулюють взаємовідносини трьох соціальних суб'єктів: роботодавців, працівників і державних органів. Страхові внески акумулюються в страхових фондах і витрачаються тільки на певні цілі при настанні страхових випадків. Держава втручається у діяльність саморегульованих фондів соціального страхування лише мінімально, що зводиться до контролю над дотриманням порядку сплат з них.

Спроби, що робляться зараз, для переходу від моделі соціального забезпечення до моделі соціального страхування, у тому числі і в сфері охорони здоров'я, базуються на тому, що він повинен орієнтуватися на світовому та вітчизняному (до 1917 р.) досвіді. Це означає, що формування системи соціального страхування пов'язане з принципами останнього і повинно спиратися на теорію соціальних ризиків і актуарних розрахунків. У галузі організації страхування ринкового типу стоять два важливі завдання: 1) об'єктивна оцінка, облік та аналіз рівня і факторів ризику для різних категорій та соціальних груп населення; 2) справедливий

розподіл відповідальності за окремі види соціального ризику між суб'єктами соціально-трудових відносин.

З кінця 90-х років ХХ ст. на теренах України почали з'являтися різновиди добровільного медичного страхування, які мали меті збільшити надходження коштів до системи охорони здоров'я. Такі утворення стали приймати форму благодійних фондів чи громадських організацій і називатися лікарняними касами. Треба зазначити, що за своєю метою та формою існування вони відрізняються від форми добровільного страхування, що її здійснюють страхові організації [4]. Якщо основною метою діяльності страхових компаній при здійсненні добровільного страхування є отримання прибутку, то лікарняні каси є неприбутковими організаціями і всі надходження коштів направляють на фінансування надання медичних послуг лікувально-профілактичними закладами. Своїм прототипом вони вважають лікарняні каси, що колись існували в Російській імперії.

Відомо, що вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України в кінці 80-х — на початку 90-х років ХІХ ст. [1]. У цей час прогресивна частина підприємств Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у діючих тоді приватних загальнострахових товариствах. При цьому виявилось, що таке страхування було найбільш прийнятне для підприємств середнього масштабу. Для малих підприємств воно було занадто відчутним у фінансовому плані, а великим — вигідніше було за окремих нещасних випадок виплатити потерпілому компенсацію, ніж платити страхові внески за всіх працівників. Для середніх підприємств навіть один нещасний випадок із тяжкими наслідками призводив до великих витрат власника виробництва, і тому вигідніше було платити значні страхові суми, ніж збанкрутувати від раптових групових нещасних випадків і захворювань, зумовлених недосконалістю тогочасного виробництва і низькою кваліфікацією працюючих.

Пізніше, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії — Миколаїв, Херсон, Єлизаветград. Але з часом виявилось, що така комерційна форма добровільного страхування у приватних страхових компаніях загалом невігідна. У 1896 р. роботодавцями-страхувальниками губернії було сплачено компаніям-страховикам внески на суму, що становила 1,9% загального заробітку застрахованих робітників, а для потерпілих працівників від цих компаній було отримано страхових винагород в сумі, що становила всього 23,9% суми страхових внесків. Решта (76,1%) внесків роботодавців залишилась у прибутку страхових компаній.

Отже, серед підприємців виникла ідея активного підтримання фаб-

ричної інспекції, в компетенції якої були соціальні питання на виробництві та запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі. У 1899 р. почало діяти "Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями".

У 1912 р. у Російській імперії було введено обов'язкове медичне страхування, особливостями якого було: поступовість його запровадження, територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни), охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості. Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці (у страхових товариствах повністю, а в лікарняних касах у недовідній частині) і обрані від застрахованих). Внески до товариства страхування від нещасних випадків повністю склалися з відрахувань роботодавців і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт.

Внески в лікарняні каси встановлювались їх правлінням і склалися на 1/3 із внесків застрахованих і на 2/3 із доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась хоч і в недовідній частині, але в суспільстві було розуміння того, що ця допомога повинна бути в одній організації в комплексі (матеріально-грошова компенсація втраченого заробітку і натурально-професійне лікування). Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція.

Головними недоліками тогочасного обов'язкового медичного страхування були: територіальна і відомча обмеженість дії страхування, а також те, що керівництво страховими організаціями здійснювалося виключно роботодавцями. Останні на перше місце ставили особисті та корпоративні фінансові інтереси, хоча частина прогресивних роботодавців в управліннях лікарняних кас певну долю своєї квоти передавала застрахованим і навіть допускала їх до управління касою. Саме така була організована діяльність в одній з найбільших кас країни — касі Миколаївського суднобудівного заводу "Навіаль", що налічувала майже 16 тис. учасників.

Суттєвим недоліком цієї форми страхування була відсутність солідарного принципу діяльності через необ'єднання самостійних самоврядних лікарняних кас і товариств у систему. Не було обов'язком для лікарняних кас і створення та утримання своїх медичних закладів, тому переважна їх більшість надавала медичну допомогу тільки членам сімей учасників кас. Протягом років лікарняні каси боролись за передачу лікування застрахованих з рук роботодавців до компетенції кас.

Сьогодні в Україні організаційно-правовою основою функціонування певної кількості лікарняних кас є гро-

мадська благодійна неприбуткова членська організація, яка об'єднує інтереси юридичних та фізичних осіб з питань охорони здоров'я. Статутна діяльність цієї форми лікарняних кас базується виключно на Законі України "Про благодійництво та благодійні організації" [2].

Як зазначалося вище, комплексом законодавчих актів, через який повинна здійснюватися реалізація соціальної політики в охороні здоров'я, є "Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування" та низка законів України, що регламентують соціальні гарантії держави. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування — це система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом (роботодавцем), громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом [3].

Єдиного закону, якого немає ще сьогодні в цьому переліку, є закон про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Саме прийняттям такого закону можна завершити формування цього комплексу законодавчих актів з реалізації соціальної політики в Україні.

ВИСНОВКИ

Основним механізмом реалізації соціальних гарантій в охороні здоров'я є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що дасть можливість покращити фінансування галузі та забезпечити медичною допомогою переважну більшість населення України.

Література:

1. Єрмілов В.С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 48—50.
2. Закон України "Про благодійництво та благодійні організації" 531/97 ВР, від 16 вересня 1997 р.: <http://www.sta.gov.ua/zakon.php3>.
3. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування // Відомості Верховної Ради України. — 1998. — № 23. — С. 121.
4. Парій В.Д. Із досвіду організації діяльності обласної лікарняної каси як прообразу правового добровільного медичного страхування // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 27—30.

Стаття надійшла до редакції 12.08.2010 р.