

Історія виникнення і розвитку медичного страхування та систем охорони здоров'я деяких розвинених країн світу

О. Г. Шекера

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Огляд присвячено питанням виникнення та розвитку страхової справи та систем охорони здоров'я різних країн світу. Представлені різні моделі формування систем охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, здоров'я населення, медичне страхування.

Історія виникнення і розвитку страхової справи тісно пов'язана з історією суспільного розвитку, зокрема з появою капіталізму на межі XVII–XVIII століть. Зародження промисловості, бурхливе зростання торгівлі і мореплавства сприяли появі нових форм збереження і зміцнення капіталу за рахунок страхування майна, вантажоперевезень. Так з'явилися перші страхові товариства, які разом з банками і біржами стали невід'ємною частиною нової суспільно-економічної формації.

Починалося соціальне страхування з найпростіших його видів – страхування життя від нещасних випадків, що здійснювали невеликі приватні страхові компанії. У міру того, як розвивалася і набувала потужності промисловість, з'являлися великі підприємства, фабрики, до процесу страхування залучалися все більш широкі верстви населення. Основним об'єктом страхування ставало здоров'я і працездатність. Прагнучи забезпечити себе і свою сім'ю у разі втрати працездатності через хворобу або інвалідність, робітники створювали товариства взаємодопомоги й інші асоціації, у які самі робили страхові відрахування. Так виглядав соціальний захист робітників у країнах Європи протягом XVIII–XIX століть.

На початку XX століття в багатьох європейських країнах були прийняті закони про страхування осіб, які працюють, на випадок хвороби, інвалідності, старості, безробіття. Згідно з ними у формуванні страхових внесків, крім самих працівників, почали брати участь підприємці, власники фабрик і мануфактур, які сплачували від 25% до 40% страхових внесків. У більш пізній період до страхових фондів почали надходити субсидії і дотації держави. Чим більше дотацій держава вносила в систему обов'язкового страхування здоров'я, тим більше вона контролювала цей процес.

На сьогодні існує безліч класифікацій систем охорони здоров'я. Зазвичай, класифікуючи їх, європейські експерти об'єднують основними трьома моделями: Бісмарка (німецька), Семашка (радянська) і Беверіджа (англійська) (малюнок).

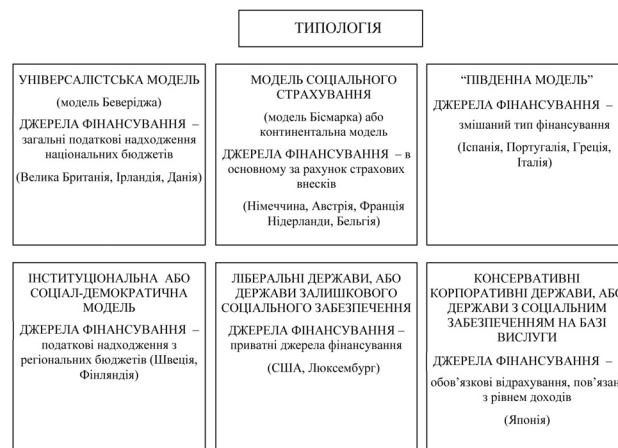
Прагнення створити регульоване страхування здоров'я стало однією з головних передумов формування державної (бюджетної) охорони здоров'я в таких країнах, як Велика Британія, Швеція, Данія, Ірландія та інших («беверідзька» модель). У Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Швейцарії та інших країнах Центральної і Східної Європи набула поширення так звана «бісмарківська» модель, за якої істотно ролу відігравала фінансова участь підприємців, що виплачували обов'язкові внески до встановлених законом страхових фондів.

Проте, системи охорони здоров'я практично всіх країн, проходячи безліч реформ, постійно змінювалися, запозичуючи одна в одній ідеї, прирікаючи спроби класифікувати їх на провал. Наприклад, опис системи страхування охорони здоров'я Англії

річної давності вже сьогодні не відповідає дійсності. Крім того, три наведені вище системи будувалися на основі солідарної ідеології (від французького: єдність), суть якої полягає в тому, що внесок громадянина в суспільний добробут не повинен визначати його доступ до охорони здоров'я так само, як і до решти послуг, що вважаються соціально важливими (освіта, харчування, мінімальне житло).

У той самий час, європейські класифікації, ймовірно, через політичну неприйнятність лише побічно згадують про існування систем, в основі яких лежить лібертарна ідеологія (від французького: свобода). Основоположний принцип лібертарної ідеології: якщо внесок громадянина, тобто його праця, визначає доступ на ринок більшості продуктів, то і доступ до системи охорони здоров'я повинен визначатися тими самими чинниками. Медицина й охорона здоров'я в цьому випадку розглядаються як будь-який товар. Хоча у низці країн таку ідеологію прийнято вважати варварською, на наш погляд, вона не позбавлена сенсу. По-перше, вона покладає на людину частку відповідальності за своє власне здоров'я. Так, система охорони здоров'я США в минулому досить успішно стимулювала у своїх громадян прагнення до здорового способу життя, сприяла створенню споживчих асоціацій, підвищенню ступеня медичної обізнаності. По-друге, головні чинники, які визначають здоров'я людини, у будь-якому суспільстві поширюються не за принципом рівності. Зокрема, англійські епідеміологи зазначили, що різниця тривалості життя в розвинених країнах між вищим і нижчим соціально-економічним класом становить п'ять років, це другий після паління чинник, що забирає, в середньому, близько 6 років життя.

Таким чином, дохід особи за допомогою багатьох чинників визначає здоров'я людини більшою мірою, ніж доступ до системи охорони здоров'я. Проте ніде, крім соціалістичних країн, не робили спробу зрівняти доходи громадян і створити єдиний соціоекономічний клас. Прихильники лібертарної ідеології вважають, що немає сенсу створювати рівність і в доступі до ме-



Сучасні моделі системи охорони здоров'я

дичних послуг, оскільки це знизить мотивацію громадян до успіху. Виправдовуючи лібертарну ідеологію, слід визнати, що саме вона призводить до того, що США за показниками здоров'я знаходиться далеко позаду європейських країн, хоча подушний дохід – найважливіший чинник, що визначає здоров'я, у американців – вищий. Останнім часом іде пошук золотої середини, зближення лібертарної і солідарної ідеологій.

У кінці XIX століття, а тим більше сьогодні, коли кількість дорогих ліків і високотехнологічних приладів, що застосовують у медицині, збільшується щодня, чимало людей, які потребують медичної допомоги, виявляються неспроможними самостійно сплатити її. Страхові і національні системи охорони здоров'я – це не тільки установи і відомства, це ще й фінансові потоки, що використовують для підвищення доступності (й ефективності) медицини.

Найважливіша концепція, що пояснює необхідність державної служби або державного контролю охорони здоров'я, полягає в тому, що вільний ринок, який часто вважається саморегульованим і найефективнішим способом досягнення підйому галузі, є просто непридатним для системи охорони здоров'я у зв'язку з «помилками ринку» (market failure).

Основні помилки ринку щодо системи охорони здоров'я такі:

- для існування вільного ринку необхідна наявність покупців, які визначають попит, і продавців, які визначають пропозиції. Проте у медицині покупець не визначає попит на конкретну послугу, а лише частково на послуги системи охорони здоров'я загалом. Лікар, визначаючи одночасно і попит, і пропозицію, опиняється у вигідному становищі, отримуючи в умовах вільного ринку необмежену владу продавати те, що вигідно у першу чергу йому. Причина так званого попиту, народженого пропозиціями, лежить у первинній асиметрії інформації, оскільки лише лікар наділений знаннями, що дають можливість ухвалювати рішення про лікування пацієнта;

- деякі види послуг охорони здоров'я приносять більшу користь суспільству, ніж індивіду (externality). Наприклад, вакцинація приводить до того, що шанси людини захворіти на важку хворобу значно знижуються. Іншим прикладом може служити введення національної програми страхування робітників (потенційних військовослужбовців) у Німеччині. В обох випадках медичні послуги виявлялися дуже корисними для суспільства в цілому, а наслідки, яким вони запобігають (епідемія і поразка у війні), є надто серйозними, щоб дозволити їх вирішення окремому громадянину;

- порушення принципів рівності доступу до мінімального набору найважливіших послуг системи охорони здоров'я, особливо в разі загрози життю, є неприйнятним для більшості громадян розвинених країн. Імовірно, якби витрати на таке лікування йшли безпосередньо з кишені громадян, а не завуальовано через податкову систему і через загальний бюджет, це привело б до зміни етичних норм у бік більш ефективного і продуктивного використання засобів. Етичні норми часто конфліктують з економічними принципами. Багато громадян, які гинуть в Україні, потребують мінімум засобів для врятування свого життя. У той самий час нечувані засоби, достатні для порятунку сотень людей, деколи витрачають на порятунок однієї людини;

- для існування вільного ринку необхідною умовою є вільний доступ до нього продавця і покупця. Необмежений доступ продавців до медичних послуг призвів би до ще більшого поширення ятрогенії і не заснованих на доказах медичних методів, що (незважаючи на наявність контролюючих органів) ми маємо в Україні сьогодні. Це, без сумніву, заподіяло б шкоду здоров'ю і добробуту нації.

Таким чином, вільний ринок непридатний для регуляції системи охорони здоров'я, у першу чергу тому, що, як було сказано ще Юлієм Цезарем у I столітті до нашої ери, «здоров'я громадян – вища турбота держави». Проте, непридатність вільного

ринку не означає, що окремі елементи його не можна використувати у регульованих державою системах охорони здоров'я для створення конкуренції між продавцями послуг, підвищення ефективності використання ресурсів, мотивації лікарів і стимуляції споживачів.

Існування ж такої різноманітності систем і такої кількості реформ, що проводяться, свідчить про те, що жодна з них – не є ідеальною. Кожна держава прагне створити найприйнятнішу, з погляду ідеології, економіки і ментальності, систему охорони здоров'я, тому сліпе запозичення ідей і копіювання успішних систем не завжди приводить до позитивного ефекту.

Мета роботи: висвітлення питань виникнення та розвитку страхової справи та систем охорони здоров'я різних країн світу. Досліджені різні моделі побудови систем охорони здоров'я.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У процесі дослідження використовували метод семантично-го оцінювання наукових документів, а також метод структурно-логічного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Система Бісмарка. Перш ніж перейти до опису специфічних характеристик систем різних країн, необхідно зупинитися на причинах зародження національних служб охорони здоров'я і систем страхування здоров'я. Наприклад, перша з систем охорони здоров'я, що були започатковані у новітній історії, створена канцлером Німеччини Отто фон Бісмарком у 1881 році. Вона служила для зміцнення здоров'я простих робітників, оскільки вони були потенційними військовослужбовцями.

Родоначальницею лікарняних кас справедливо вважається Німеччина. Тут вони утворилися ще за 30 років до появи перших кас у Росії, а німецький *das Kranken-versicherungsgesetz* став зразком для підготовки Закону про соціальне страхування робітників на випадок хвороби, прийнятого III Державною Думою 23 червня 1912 року в Росії.

Ще 1881 року, відразу після ухвалення *das Kranken-versicherungsgesetz*, у всій Німеччині почали формуватися лікарняні каси: фабричні, будівельні, общинні, місцеві та ін. Досвід їхньої діяльності свідчить, що великі каси незрівнянно краще забезпечують усіма видами допомоги своїх членів, ніж дрібні. Тому з 1885 року почався процес об'єднання і централізації лікарняних кас, їхня реорганізація в місцеві (міські) лікарняні каси. Найбільшими з них були Лейпцизька, Дрезденська, Мюнхенська, Штутгартська.

Наприклад, у Лейпцигу було створено 18 місцевих кас і одна общинна, які налічували 22 800 членів. Таким чином, виникла місцева лікарняна каса для Лейпцигу й околиць (*Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend*) – найбільша лікарняна каса Німеччини. Для надання лікарської допомоги (період 1910–1913 рр.) каса оформила договірні відносини із 429 лікарями, зокрема з 13 поліклініками, зі 143 вузькими фахівцями і 28 зубними лікарями. Каса мала свої санаторії і Цандерівський інститут, де був рентгенівський кабінет, електро- і світлолікування. Вона мала договірні відносини з 59 аптеками, 29 оптичними магазинами й іншими установами. У хворих було право вільного вибору лікаря з опублікованого касою списку лікарів, які працювали з нею за угодою.

До обов'язку лікарняних кас, згідно із законом, входило: надання безкоштовного лікування; виплата грошової допомоги під час хвороби; матеріальна допомога та допомога вагітним і породіллям, допомога на поховання. Членам сімей застрахованих надавали не тільки безкоштовне лікування, а також медичну допомогу вагітним і породіллям. Але каси цим не обмежувалися, розширювали свою допомогу за рахунок профілактичних заходів (санаторії, будинки відпочинку, пансіонати та ін.), а також виділяли особливі надзвичайні

фонди для допомоги непрацевдатним, створюючи таким чином заміну відсутнього страхування через старість і інвалідність. Кошти лікарняних кас склалися з 2/3 внесків самих робітників і 1/3 внесків підприємців. Таким чином, історично сформувалося декілька типів організації лікарської допомоги застрахованим: система вільного вибору лікаря; система «облікових лікарів»; система лікарів, які постійно працюють у лікарняних касах за контрактами.

У світі прийнято критикувати страхову систему сьогоднішньої Німеччини. Але багато з тих, хто це робить, забувають про те, що, наприклад, порівняно з давнім конкурентом – Великою Британією, за приблизно однакового стану здоров'я нації, Німеччина за більшістю показників охорони здоров'я, а також за рівнем життя, доступності освіти, соціальної допомоги перевершує Велику Британію.

Інший об'єкт критики – метод оплати лікарів за послугу (гонорарний принцип або *fee for service*). Такий метод зазвичай стимулює призначення зайвих, дорогих процедур. У Німеччині застосовують прогресивніший метод оплати за послуги – оплата «балами». У кінці року, залежно від загальної кількості напрацьованих усіма лікарями «балів», встановлюють вартість одного «бала». Це дає змогу, по-перше, регулювати витрати на охорону здоров'я за допомогою зміни суми, що виплачується лікарям за кожен зароблений «бал», по-друге, регулювати діяльність лікарів, даючи більшу або меншу кількість балів за певні процедури або залежно від результатів лікування.

Критиці часто піддається і той факт, що громадянам надається можливість застрахуватися за державною схемою, заплатити певний відсоток від своєї заробітної плати (у цьому випадку роботодавець оплачує половину страхового внеску) і дістати доступ до державних лікарень і переважно приватної поліклінічної служби або ж застрахуватися приватно, заплативши внесок відповідно до ризику (стать, вік, наявність яких-небудь захворювань). Дійсно, таке становище сприяє тому, що близько 10 % найбагатших німців не вносять свій внесок у державну систему охорони здоров'я, таким чином порушуючи принцип страхування: багаті платять за бідних, здорові – за хворих. Проте і приватна, і державна системи процвітають, а право вибору створює ще жорсткішу конкуренцію між страховими касами. Необхідно відзначити так само, що жорсткій конкуренції сприяє значна (більше 100) кількість «лікарняних кас». Ця система служила і служить моделлю для систем медичного страхування у світі.

Система Семашка. Хоча радянська охорона здоров'я піддається критиці в більшості випадків обгрунтовано і справедливо, спочатку, у перші роки після революції, система Семашка відповідала часу і дійсно була передовою. Під системою Семашка прийнято розуміти той устрій системи охорони здоров'я, який проіснував протягом 70 років радянської влади. Хоча за цей час, особливо в сталінський період, деякі аспекти фінансування й управління змінювалися, ці зміни не стосувалися основоположних принципів системи.

Система охорони здоров'я Російської імперії, СРСР і сучасної України. Система охорони здоров'я Радянського Союзу була однією з небагатьох сфер державної діяльності, що часто викликала позитивні відгуки фахівців капіталістичних країн. Радянський Союз був однією з перших країн, що обіцяли повне безкоштовне медичне обслуговування своїм громадянам (хоча інші країни, наприклад Німеччина, ввели медичне страхування раніше, ці схеми не були загальнодоступними). Записане в Конституції право безкоштовної довічної медичної допомоги мало не тільки соціальний, але й політичний характер, оскільки повинно було символізувати прогресивність соціалістичної системи і служити знаряддям пропаганди. Багато країн прагнули вив-

чити досвід радянської моделі, Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендувала використання окремих положень системи у деяких інших країнах.

Історія охорони здоров'я Росії починається з дохристиянської ери (хрещення Русі відбулося в 988 р.), коли лікування проводили цілителі за допомогою рослинних лікарських засобів і певних ритуалів. Значних змін у медицині не відбувалося і під час набігів монголо-татарів у XIII–XV ст. Три величезні епідемії чуми в 1365, 1425 і 1498 роках, події в Москві забрали десятки тисяч людських життів, тому в 1551 році Церква спільно з членами двору проголосила необхідність доступного лікування для хворих і літніх людей.

З XV ст. у Росії домінували іноземні, переважно європейські лікарі. Першим російським лікарем, що здобув європейську медичну освіту, вважався Петро I, який побував в Італії в 1694 році, а в подальшому сприяв приїзду європейських лікарів до Росії. Російські лікарі на той час переважно займалися лікуванням бідних верств населення. У 1755 році цариця Єлизавета заснувала Московський університет, і в 1764 році при ньому було відкрито медичний факультет. У 1833 році в Росії була відкрита перша міська лікарня, де з 400 ліжок 100 призначалися для бідних і обслуговувалися за рахунок держави.

У 1860–1917 роках були проведені соціальні реформи, зокрема, цар Микола II заснував сільські дільниці – земства, кожне з яких мало і свою власну районну службу охорони здоров'я. На засоби держави були організовані медичні і фельдшерські пункти (на думку деяких західних експертів, саме з того часу бере початок традиція «неофіційних» платежів за медичні послуги), а також лікарні. З 1912 року почала роботу система соціального страхування, заснована на німецькій системі Бісмарка. Таким чином, до Великої Жовтневої Соціалістичної революції в Росії була розвинена (порівняно із західними країнами) система охорони здоров'я. Вона включала розгалужену систему лікарень, сільських амбулаторій, приватних міських лікарів, медичну (вищу і середню) освіту.

У 1917–1921 роках після Великої Жовтневої Соціалістичної революції, економічного спаду, Громадянської війни, голоду, епідемії тифу тощо Всеросійський Союз працівників охорони здоров'я замінив професійні асоціації. Покращився епідеміологічний контроль, почала розвиватися військова медицина. У 1921–1928 роках (період нової економічної політики – НЕП) проголошувалося поліпшення економічних показників, епідемічний контроль залишався успішним. За часів сталінського правління (з 1928 по 1941 рік) повсюдна індустріалізація призвела до масового голоду. На початку тридцятих років медична освіта була повністю переведена на фінансування і під прямий контроль Міністерства охорони здоров'я.

У 1936 році створюється Академія медичних наук, яка повинна була координувати всі питання, пов'язані з медичними дослідженнями, тобто мала монополні права на дослідження і знаходилася під контролем Комуністичної партії, що призводило іноді до політизування науки і перешкоджання прогресу.

З 1937 року кошти, які до цього йшли безпосередньо від трудящих до бюджету Міністерства охорони здоров'я, поступали до загального бюджету країни, звідки розподілялися між усіма міністерствами. Хоча подібний спосіб фінансування системи охорони здоров'я застосовується і в інших країнах, наприклад, в Англії, слід зазначити, що здоров'я суспільства завжди було пріоритетним напрямком для англійців. А у СРСР фінансування із загального бюджету призвело до того, що охорона здоров'я недоотримувала необхідні засоби, фінансувалася за «залишковим принципом»,

що негативно позначилося на здоров'ї населення й охорони здоров'я в цілому, досягненнях в галузі медицини та контролю захворюваності. У той самий час, величезним досягненням був розвиток розгалуженої мережі медичних закладів, збереження безкоштовності послуг, стабільне функціонування профілактичних служб.

До негативних тенденцій розвитку охорони здоров'я СРСР післявоєнного часу можна віднести ізоляцію науки від світової (хоча ізоляція була притаманна всім галузям), акцент на кількісні показники, поступове зниження фінансування, зменшення ролі медичних сестер і гіперспеціалізацію лікарів. Підхід до розвитку охорони здоров'я носив виключно екстенсивний характер: вважалося, що необхідно «більше того ж самого», тоді як епідеміологічні тенденції змінилися. Таким чином, тоді як західні країни змінювали підходи і шукали нові методи зменшення смертності від серцево-судинних, онкологічних захворювань і травм, у СРСР панацеєю вважалося збільшення кількості лікарів, медичних сестер і лікарняних ліжок. Разом з підготовкою великої кількості лікарів і спорудження лікарень в умовах постійного зменшення фінансування відбувалося постійне зниження якості як медичної освіти, так і медичної допомоги. Зарплата лікарів становила всього 70% від середньостатистичної, що призвело до поширення практики неофіційних платежів і зниження престижу лікарської спеціальності.

Основні аспекти соціалістичної медицини в СРСР.

Проголошення права на безкоштовне медичне обслуговування незабаром після революції призвело до того, що охорона здоров'я повністю перейшла в руки держави і зробила лікарів державними службовцями. Прихованої страхової схеми не існувало, державі повністю належала система охорони здоров'я. Медичних асоціацій, здатних впливати на прийняті рішення, не існувало. Міністерство охорони здоров'я повністю керувало системою, міністра охорони здоров'я призначала Президія Верховної Ради. Міністерство – це велика розгалужена ієрархічна структура з підрозділами на різних рівнях. Доступ до послуг системи охорони здоров'я визначався або місцем проживання, або місцем роботи, через поліклініки. Вибір лікаря для більшості простих громадян не був передбачений. Члени деяких організацій, високопоставлені чиновники мали доступ до розгалуженої мережі елітних клінік. Таким чином, проголошений принцип рівноправ'я порушувався.

До середини 60-х років ХХ ст. радянська медицина сприяла зниженню смертності (зокрема, дитячої, хоча її визначення було змінено в цілях пропаганди), збільшенню тривалості життя, хоча, ймовірно, велику роль тут зіграло підвищення добробуту громадян і винайдення антибіотиків. Проте після середини 60-х років епідеміологічні тенденції перестали відповідати таким на Заході. У результаті різниці рівня смертності в СРСР і розвинених країнах світу почала збільшуватися з кожним роком. Як і раніше, частково це було пов'язано з чинниками, що знаходилися поза межами медицини. Значною мірою успіх боротьби західних систем охорони здоров'я з дегенеративними й інфекційними захворюваннями був пов'язаний зі службами громадського здоров'я, які займалися в основному впливом не на медичні чинники, що визначають здоров'я.

Інша можлива причина невдачі радянської системи охорони здоров'я полягала в тому, що в цей період витрати на утримання військового комплексу значно зросли. Для того щоб досягти військової переваги над Сполученими Штатами Америки при валовому внутрішньому продукті (ВВП), який був у чотири рази менший, СРСР потрібно було пожертвувати рештою галузей, зокрема, охороною здоров'я, житлобудівельним комплексом, освітою і службами, що працюють

з дітьми. Якщо в середині 60-х років Радянський Союз витратив приблизно 6–6,5% від ВВП на охорону здоров'я, що дорівнювало показникам Західних країн, то перед розпадом СРСР ця цифра знизилася до 2–3%.

У 80-і роки ХХ ст. стали очевидними інші недоліки системи охорони здоров'я. Гостро постало питання про якість медичної допомоги. Хоча в СРСР кількість лікарів була високою, стандарти їхньої підготовки явно не відповідали західним. Медицина перестала бути престижною професією. Жінки становили 70% лікарського персоналу, а зарплата медиків не перевищувала 75% від середньостатистичної. Усе частіше лікарі отримували неформальні платежі від пацієнтів, деколи не за краще лікування, а просто за лікування. Таким чином, концепція загальної безкоштовної медичної допомоги все більш віддалялась від реальності.

Найвища кількість лікарняних ліжок у світі свідчила про те, що в СРСР розвиток системи охорони здоров'я продовжував відбуватися екстенсивним шляхом. Чимало лікарень, особливо в сільській місцевості, не відповідали елементарним стандартам: близько чверті їх не мали навіть системи центральної водопостачання.

Зарплата лікаря залежала від спеціалізації і кваліфікації, а не від якості його роботи. Єдине, до чого за допомогою і зарплат, і неформальних платежів призводила матеріальна стимуляція лікарів, це до вузької спеціалізації і прагнення працювати (близько 80%) в лікарнях. Крім того, відповідно до закону Саттона, саме кращі лікарі були здатні подолати конкуренцію й отримати місце в лікарні. В амбулаторній службі працювали лікарі з гіршою підготовкою.

Фінансування лікарень ґрунтувалося на кількості лікарняних ліжок і було неефективним. Згідно із законом Ромера, якщо лікарні фінансуються, виходячи з кількості ліжок-місць, то керівництво лікарні буде прагнути роздути ліжковий фонд до максимально можливих розмірів і тримати їх заповненими за рахунок підвищення кількості госпіталізацій або їхньої тривалості, що часто є необґрунтованим, з погляду медичної необхідності. Саме це і відбувається в нашій країні аж до сьогоднішнього дня.

Розмови про стимулювання висококваліфікованих лікарів і раціоналізацію фінансування охорони здоров'я розпочалися задовго до безпосереднього реформування галузі. Важливим кроком до цього було ухвалення Закону про страхування здоров'я за півроку до розпаду СРСР. Втілено цей закон було в Російській Федерації в 1993 році. Медичне страхування стало радикальним переходом від бюджетного фінансування до виділення та ізоляції засобів, призначених для галузі охорони здоров'я. Фонд оплати праці, який становив 3,6%, ділився між регіональним фондом (3,4%) і федеральним (0,2%). Федеральний фонд повинен був зрівнювати доступ до медичної допомоги в бідніших регіонах і виділяти кошти в разі катастроф і епідемій. Страхові компанії, які отримували кошти від фондів, змушені були заключати контракти з медичними закладами, борючись за споживача і прагнучи витратити засоби найефективніше на благо пацієнта. Проте в Російській Федерації через корумпованість усіх рівнів влади, замість регульованого ринку, склалася ситуація, найбільш повно описана в законі Капоне. Страхові компанії не вважали за потрібне залучати споживача до процесу ухвалення рішень щодо системи охорони здоров'я, хоча весь сенс її створення мав полягати в служінні здоров'ю суспільства. Мирно поділивши населення Росії, страхові компанії просто пропускали фінансові потоки через себе, залишаючи частину коштів на свій розвиток. Останнім часом намітилися деякі позитивні тенденції, хоча повноцінних права вибору страхової компанії (та і лікаря) споживачі так і не отримали. Росія до цього дня залишається єдиною країною, де кошти, спрямовані на фінансування охорони

здоров'я, проходять спочатку через фонди, а потім через страхові компанії; у розвинених країнах адміністративний апарат має лише одну з цих ланок.

Цікавим є той факт, що бюджетне фінансування частково збереглося, а саме: виплати за лікування непрацюючих, витрати деяким відомчим установам проводили з федерального або регіональних бюджетів.

Добровільне медичне страхування, незважаючи на значну кількість страхових компаній, навряд чи коли-небудь стане прийнятним для більшості російських громадян. Сімдесят років безкоштовної медицини надовго зробили такий підхід до фінансування охорони здоров'я ментально малоприйнятним. Крім того, страховим компаніям важко конкурувати з лікарями, які займаються неофіційною практикою, отримуючи платежі від пацієнтів, не сплачуючи при цьому податків, але використовуючи державні приміщення та обладнання.

Протягом останніх років у Російській Федерації перехід до страхування здоров'я відображав у першу чергу ідеологічні зміни в державі, перехід від адміністративно-командної ієрархії до ринкових відносин. Ринок є засобом досягнення балансу між попитом і пропозицією, який стимулює ефективність і захищеність виробників. В охороні здоров'я реформи привели до розділення платників і виробників послуг, що, тією чи іншою мірою, сприяло розвитку конкуренції. Проте вільний ринок – не панацея ні в якій галузі, а тим більше в охороні здоров'я. Ми вже обговорювали питання помилок ринку в медицині. Крім того, ринкові відносини приводять до позитивного ефекту лише в умовах сильного уряду, суворого виконання законів, поваги до права на приватну власність і економічної стабільності. Ринок у державному секторі («внутрішній ринок», відповідно до британського терміну) неможливий при сьогоdnішньому рівні корупції чиновницького апарату.

Підкреслення недосконалості системи охорони здоров'я Російської Федерації і причин невиконання запланованого в повному обсязі фіксує те, що галузь практично протягом 70 років не вдосконалювалась. Останніми роками вона зробила могутній крок уперед. Хоча, на нашу думку, вибрана модель охорони здоров'я має свої недоліки (зокрема, у ній дуже багато непотрібних адміністративних ланок). Однак основні причини невдач лежать за межами власних реформ сектора і пов'язані з корупцією й економічними труднощами, ментальністю людей, які звикли до «безкоштовності» послуг охорони здоров'я. Важливим моментом є зміна фінансування системи. На сьогоднішній день важливо не забувати, що страхова медицина – це лише один з можливих способів фінансування, а не заміна грамотно побудованої системи зі збалансованим попитом і пропозиціями, з високою якістю медичної допомоги, раціональним і ефективним використанням ресурсів.

Система Беверіджа. «Акт про національне страхування» (далі – Акт) був прийнятий у Великій Британії 15 січня 1911 року і спочатку, подібно до аналогічних законів інших країн, не передбачав внесення страхових сум повністю за рахунок держави, що є найбільш соціально справедливою формою страхування. Акт 1911 року встановив для однієї з груп страхування без внесків (право на всю допомогу мали робітники з найнижчою оплатою праці – із заробітком 1,5 шилінга в день, які нічого не вносили до каси громади). Допомога їм формувалася із внесків підприємців, високооплачуваних робітників і дотацій держави. Для інших категорій застрахованих Акт зберігав принцип взаємодопомоги, пом'якшуючи його лише розпорядженням виділення субсидій і дотацій з державного бюджету. Таким чином, Акт 1911 року вперше у Великій Британії законодавчо закріпив принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, здоровий – за хворого.

Страхові внески у Великій Британії (а також у країнах континентальної Європи) збирали через поштові відомства шляхом купівлі спеціальних марок, потім ці кошти поступали до страхових комісарів у страхові комісії. Комісари і розподіляли отримані суми (фактично – податки) між усіма членами взаємодопомоги залежно від чисельності застрахованих, мінусуючи кошти, призначені на поповнення резервного фонду та функціонування центральних органів страхування.

Через неповні 2 роки (у 1913 р.) була проведена реформа національного страхування у Великій Британії, внаслідок чого держава почала покривати витрати, пов'язані зі страхуванням на випадок хвороби та інвалідності з бюджету, що дало змогу підвести англійську систему до ідеалу страхування – «страхування без внесків», що і стало в подальшому в цій країні головною передумовою реформи 1948 року і створення бюджетної Національної служби охорони здоров'я.

Система, що охоплювала близько 1/3 населення, була запроваджена Прем'єр-міністром Великої Британії Девідом Ллойд-Джорджем і мала важливу особливість, яка збереглася донині. Оплата лікарів загальної практики подушним методом (капітація, *per capita payment*) – це метод оплати, при якому бюджет, що утримується однією приватною практикою, залежить у першу чергу від кількості зареєстрованих пацієнтів. Таким чином, основний принцип капітації – гроші рухаються за пацієнтом, пацієнти в цьому випадку мають можливість частково регулювати попит за законами вільного ринку, оскільки володіють правом вільного вибору лікаря.

Нині у Великій Британії сума, яку щорічно отримує лікар загальної практики, залежить від кількості пацієнтів, які зареєструвалися у нього, від їхньої статі, віку і соціального статусу. На літніх людей, дітей віком до чотирьох років, жінок фертильного віку, жителів бідніших районів подушні виплати – вищі. Подушна виплата включає кошти, призначені для лікування в стаціонарах з приводу певних захворювань. Таким чином, лікар загальної практики здатний запобігти госпіталізації у разі, коли амбулаторне лікування – ефективніше і дешевше. Бюджет такої практики включає кошти на так звану домашню реабілітацію, що робить можливою більш ранню виписку госпіталізованих хворих. Такий метод оплати лікаря первинної ланки має значні переваги, оскільки стимулює його найефективніше використовувати ресурси та вести профілактичну роботу серед пацієнтів.

Система страхування робітників розвивалася, покриваючи все більший відсоток населення, проте система Беверіджа склалася лише в 1948 р. Уільям Беверідж під час Другої світової війни за дорученням Уїнстона Черчілля розробив програму післявоєнної соціальної реконструкції. «Звіт Беверіджа 1942 року» ліг в основу майбутньої Національної служби охорони здоров'я і поставив охорону здоров'я в структуру загальної соціальної політики. Таким чином, уряд лейбористів у 1948 році заснував всеосяжну загальну безкоштовну службу охорони здоров'я.

У перші роки молода служба зіткнулася зі значними труднощами. Проблема моральної шкоди (*moral hazard*) була особливо яскравою. Лікарі загальної практики, які оплачувались за принципом капітації державою, деколи без щонайменшого приводу викликалися пацієнтами додому. Оскільки пацієнти не мусили більше платити за своє лікування, їхні вимоги до системи зросли. Фахівці ж, яким сплачували за гонорарним принципом, дістали можливість визначати і попит, і пропозицію в абсолютно нерегульованих умовах, у результаті деколи у людей зі здоровими зубами виявлялися запломбованими до 20 зубів, люди без порушення зору отримували окуляри, апендектомію проводили в разі незначного болю у животі.

Розрахунок Уільяма Беверіджа, що безкоштовна медицина дасть змогу вилікувати всі хвороби і приведе до зниження витрат на охорону здоров'я, виявився утопічним. Витрати на охорону здоров'я збільшилися за десять років у декілька разів, що вимагало залучення фінансів, які раніше йшли на освіту, соціальний розвиток, будівництво.

Наявність моральної шкоди з боку як пацієнтів, так і лікарів, призвела до регуляторних заходів. Були введені «співплатежі», тобто пацієнт виплачував частину вартості лікування. Регулююча роль лікаря загальної практики або «функція воротаря» (goalkeeper) змусила зменшити і кількість звернень до фахівців, і кількість планових госпіталізацій. Освіта пацієнтів залучала їх до участі в процесі ухвалення рішень, пов'язаних з лікуванням. Взагалі, декларації і захист прав пацієнтів і лікарів сприяли становленню того балансу в системі охорони здоров'я, який, незважаючи на незадоволення і критику багатьох британських експертів, і нині є предметом заздрощів для багатьох країн Європи й Америки.

Характеризуючи систему охорони здоров'я Великої Британії, не можна не згадати реформи «залізної леді» – Маргарет Тетчер, а також повчальних реформ, що проводив експрем'єр-міністр Великої Британії Тоні Блер. З самого початку керівництва Маргарет Тетчер проголосила нову концепцію розвитку Національної служби охорони здоров'я: «внутрішній ринок». Хоча вся система охорони здоров'я Великої Британії будувалася на ринкових відносинах, участь третьої сторони – платника – і малі розміри індивідуальних практик робили неможливою передачу відповідальності лікарям загальної практики у повному обсязі. Ризик, пов'язаний із значною частиною нозологій, що вимагають серйозного лікування, залишався на національній системі, оскільки поодинокий випадок, що вимагає, наприклад, пересадки органа, міг зруйнувати приватну практику, а це залишило б без медичної допомоги до 2500 осіб.

Маргарет Тетчер на добровільній основі дозволила декільком лікарям загальної практики об'єднуватися у фондодовласників. Група лікарів отримувала річний бюджет, що включав кошти на лікування і профілактику більшої кількості захворювань, які у низці випадків вимагали стаціонарного лікування або допомоги фахівців. Поодинокий випадок важкого захворювання вже не міг розорити групу фондодовласників, оскільки їхній бюджет був більший і зменшував ризик (pool the risk). Конкуренція ж зберігалася, оскільки пацієнт міг поміняти лікаря або групу лікарів, якщо його не влаштовував набір послуг, що надавалися.

Вважаємо, що фондодотримання є справжнім проривом у управлінні охороною здоров'я. Саме така структура дала Великій Британії можливість витратити майже в два рази менше засобів у відношенні до ВВП, порівняно з іншими високорозвиненими країнами, і протягом тривалого часу залишатися єдиною державою, якій вдається ефективно стримувати витрати на охорону здоров'я.

Недоліком цієї системи було те, що не всі лікарі об'єдналися в групи фондодовласників. У результаті пацієнти реєструються в індивідуальних лікарях, які займаються приватною практикою, і вимушені значно довше чекати хірургічної операції або прийому фахівця. Ця так звана дво-чергова система (two-tier system) є явним прикладом нерівноправності (inequity), суперечить законодавству будь-якої цивілізованої країни і викликає багато протестів з боку громадськості. Проте всі проблеми, що виникали у зв'язку з фондодотриманням, були пов'язані з тим, що не всі лікарі об'єдналися в такі групи. Проблему, серед низки інших, вирішив Тоні Блер, який запровадив обов'язкове об'єднання лікарів у групи. У рамках реформи охорони здоров'я, через політичні розбіжності його партії з партією Маргарет Тет-

чер, він обіцяв відмовитися від фондодотримання. Однак це і є повчальним моментом, про який ми згадували раніше. Усі його реформи були, по суті, продовженням реформ попереднього прем'єр-міністра з відмовою за політичними причинами від старої термінології. Так, замість «внутрішнього ринку» використовують термін «співпраця», замість фондодовласників утворені групи первинної допомоги (primary care groups), які не відрізнялися за суттю, а лише зросли, об'єднуючи до 100 лікарів. Така зміна термінології призвела до помилкової думки, що у Великій Британії кардинально змінилася концепція розвитку галузі. Так само в рамках нинішньої реформи концепції громадського здоров'я (public health) в рамках збільшення регуляторної ролі місцеві департаменти охорони здоров'я отримали значно більшу підтримку.

Необхідно відзначити, що профілактичні програми активно проводять у Великій Британії протягом довгого часу, і лікарі загальної практики є головними медіаторами профілактики. Зокрема, профілактиці неінфекційних захворювань сприяли, крім податкових платежів, спеціальні цільові виплати (target payment). Окремо затверджували спеціальні гонорари за вимірювання тиску і скринінг деяких інших захворювань, що проводили всім пацієнтам певного віку. У випадку з профілактикою інфекційних захворювань цільові платежі застосовують за проведення вакцинації 95% сприйнятливого контингенту.

У Франції питання про організацію страхування здоров'я, виплати пенсії через старість і інвалідність вперше було поставлене ще Конвентом, який створив реєстр – «Книгу національної добродійності», і Законом «22 флореаля другого року», що визначали, які категорії населення підлягають запису в цей реєстр. Але ледве був опублікований Закон, як Конвент з фінансових міркувань відмовився від його виконання. І лише через 100 років французький уряд приступив до втілення в життя принципів, проголошених Великою французькою революцією.

У липні 1913 року у Франції був прийнятий закон, згідно з яким проводили страхування робітників від нещасних випадків і професійних захворювань. За цим законом підприємець зобов'язаний був виплачувати грошову допомогу протягом календарного року з моменту звільнення працівника, це питання вирішувалося комісією, до якої входили депутати, співробітники страхових установ, робітники і підприємці. Закон мав дуже важливе значення у становленні системи страхування здоров'я.

У Швеції проект закону про соціальне страхування робітників був внесений до Риксдагу в 1883 році, але не був прийнятий. У 1907 році уряд Швеції створив спеціальну комісію під головуванням професора В. Ліндстеда, у результаті діяльності якої 21 травня 1913 року був прийнятий Закон про обов'язкове страхування на випадок хвороби, інвалідності, старості. За цим законом страхували всіх шведських громадян у віці від 16 до 66 років. Страхування здійснювали з єдиною метою – забезпечити кожного після настання 67-річного віку, а також у разі втрати працездатності (тимчасово чи довічно) грошовою допомогою із засобів, що отримують шляхом внесення певних сум застрахованими і дотацій від общин і держави.

Система охорони здоров'я США. Напевно, жодну систему охорони здоров'я не піддають таким шквалам критики, як американську. Основна причина критики – високі витрати при досить невисоких показниках здоров'я. Дійсно, при витратах, що перевищують 14% від ВВП, тривалість життя чорношкірих американців, порівняно з населенням країн Східної Європи та й тривалістю життя білошкірого населення, значно відстає від більшості розвинених країн. При цьому 15% населення практично не мають можливості скорис-

татися послугами, поза всяким сумнівом, найпередовішою медициною в світі, а ще 15% – застраховані неадекватно.

Система охорони здоров'я США склалася практично в умовах вільного ринку. Професійні медичні асоціації мали величезну владу, не дозволяючи державного втручання у свої справи, хоча з 1965 року існує програма Медікейр (Medicare), яка покриває витрати на лікування більшості захворювань у людей віком понад 65 років, і Медікейд (Medicaid) – програма, що покриває невідкладну медичну допомогу незаможним. Протягом довгого часу значна частина населення, що не входила до цієї категорії, не могла дозволити собі необхідну медичну допомогу.

Починаючи з 60-х років, усе більшого поширення набували «Організації із підтримки здоров'я» (Health Maintenance Organizations). По суті, ці організації є страховими компаніями, що працюють в умовах жорсткої конкуренції за різними схемами. Цікавою є нова концепція, за якою працюють ці організації, – «керована медична допомога» (managed care). Оскільки «Організації із підтримки здоров'я» є платниками всіх видів медичних послуг, що надаються застрахованим, їм за допомогою правильного менеджменту вдається значно знизити витрати.

Приблизно у цей самий період відбувалося реформування законів про соціальне страхування в Австрії, Бельгії, Швейцарії, Норвегії, Португалії та інших країнах, де законодавча влада тією чи іншою мірою регламентувала суспільно-економічні відносини в державі. Кожна із систем мала свої переваги та недоліки і застосовувалася залежно від традицій, що склалися, соціально-економічних і географічних особливостей даної території.

ВИСНОВКИ

Викладені історичні аспекти формування і застосування на практиці обов'язкового медичного страхування у різних країнах багато в чому визначили його майбутній розвиток, що чітко простежується при аналізі сучасного стану систем охорони здоров'я країн Західної Європи і США.

На сьогодні в Україні розглядають декілька варіантів організації страхових систем. Перший – централізована система, за якої страхова організація бере на себе відповідальність за страхування усіх громадян України, які залучаються до участі, та додатково створює мережу місцевих філій. Перевагою цієї системи є відносна простота управління, низькі адміністративні видатки, а недоліком – обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант може базуватися на регіональних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована си-

стема зорієнтована на місцеві потреби та дозволяє краще врахувати соціально-демографічну ситуацію, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Перевагою цієї системи є зростання відповідальності органів управління медичним страхуванням за стан охорони здоров'я та медичної допомоги, а недоліком – неспроможність забезпечити соціально гарантованого мінімуму медичної допомоги.

Третій тип систем ґрунтується на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди і організації. При цьому базові умови формування цих організацій та зміст страхових програм визначають на основі загальнонаціонального законодавства. Об'єктивне зростання потреб у медичній допомозі відбувається в умовах обмежених фінансових можливостей громадського сектору охорони здоров'я.

І на завершення, сьогодні фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в Україні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, спрямованих на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розроблення ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можливе лише за умов урахування інтересів населення в охороні здоров'я. Такий підхід співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинених країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу.

История возникновения и развития медицинского страхования и систем здравоохранения некоторых развитых стран мира

О.Г. Шекера

Обзор посвящен вопросам возникновения и развития страхового дела и систем здравоохранения различных стран мира. Представлены различные модели формирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, здоровье населения, медицинское страхование.

The history of origin and development of health insurance and health care systems in some developed countries around the world

O.G. Shekera

Review devoted to the origin and development of the insurance cases and health care systems around the world. The different models of constructing of the health care systems are presented.

Key words: health care system, health of the population, health insurance.

Сведения об авторе

Шекера Олег Григорьевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 206-73-22

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вороненко Ю.В. Нормативно-правовое обеспечение семейной медицины в свете реформы здравоохранения Украины / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 15–22.
2. Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги».
3. Москаленко В.Ф. Медичне страхування – актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи: інформаційно-аналітичний збірник / В.Ф. Москаленко, О.Г. Шекера – К. : ВИДАВНИЧИЙ ДІМ ЕКМО. – 2008. – 330 с.
4. Шекера О.Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення ЗС України: монографія / О.Г. Шекера. – К.: ЕКМО. – 2006. – 274 с.

Статья поступила в редакцию 09.09.2013