ZU_Akuch_3_2014_.qxd 05.11.2014 15:50 Page 52

Віра в страхову медицину

Слово «віра» у звичній лексиці має виключно позитивне значення і неодмінно ототожнюється з чимось світлим, добрим і, звичайно, духовним. Однак під поняттям «віра» також розуміється сприйняття людиною чого-небудь (тверджень, свідчень, фактів тощо) без попередньої перевірки на основі тільки внутрішнього, суб'єктивного переконання, що не потребує більше ніяких доказів. Віра у людському суспільстві існує у вигляді тих чи інших віровчень (релігій, світоглядів, ідеологій, концепцій). З точки зору теорій, які ототожнюють буття та істину, віра – це один із способів бачення буття, а отже, й істини. Водночас віра у багатьох випадках протиставляється знанню, яке базується на всебічному вивченні та поясненні проявів буття.

Про одне із таких медичних «віровчень» під назвою «страхова медицина» як способу бачення медичного буття, а отже, й істини йтиметься у черговому дописі рубрики «Популярна вірусологія». Слід відзначити, що йдеться про універсальне медичне віровчення, в яке вірить і медичне середовище, і пацієнти ось уже 23 роки. Як і будь-яка віра, віра в страхову медицину базується на дивах. Такими дивами є чарівні зцілення хворих за рахунок коштів страхових компаній, які щедро платять ескулапам за їх зусилля, одночасно задовольняючи інтереси всіх учасників процесу: власників лікарень, лікарів, пацієнтів, уряду та страховиків.

Віра в страхову медицину є одним із поширених «вірусів» свідомості українського суспільства. Примітно, що відсутність практичних результатів від спроб запровадити будь-яку модель страхової медицини та інформація щодо діяльності страхових компаній в усіх без виключення сферах нашого життя (страхування транспортних засобів, страхування пасажирів від нещасних випадків на транспорті тощо) ніяк не позначаються на відношенні до цієї форми фінансового забезпечення медичної допомоги.

Нова медична релігія з'явилася в Україні у 1991 р. з початком різкого зменшення фінансування медичної сфери. З одного боку, її поява зумовлена нездатністю медичного істеблішменту пояснити такі бюджетні явища, як недостатність фінансування (вдвічі нижче від мінімально необхідного – 3% від внутрішнього валового продукту (ВВП) або 12% від зведеного бюджету країни, тоді як рекомендовано 6% від ВВП або 20-25% від зведеного бюджету), з іншого – зумовлена необізнаністю та патерналізмом населення.

Протягом більше ніж 20 (!) років «плідної» промоції цієї диво-форми організації сфери надання медичної допомоги напрацьований довгий перелік основних та асоційованих зі страхуванням «плейотропних» ефектів, кількість яких не поступається багатьом «розкрученим» фармацевтичним брендам. Так, за даними апологетів страхової медицини, її впровадження нарешті дасть можливість користуватися перевагами ринкової економіки в медичній сфері; залучити інвестиції; підвищити заробітну плату медичним працівникам; забезпечити доступ до медичної допомоги всіх верств населення; об'єднати бюджетні і позабюджетні кошти; визначити обсяги державних гарантій медичної допомоги; посилити соціально-економічну та юридичну відповідальність установ охорони здоров'я за результати їхньої діяльності; забезпечити незалежний ефективніший контроль за діяльністю медичних закладів, якістю та ефективністю медичної допомоги і т. ін.

Розмова про страхування в медичній сфері, зокрема про її фінансове забезпечення, має починатися з відповіді на дуже просте за формулюванням, але дуже принципове за змістом питання: «Заробляти на хворобах – добре чи погано?». У цьому місці доречно зазначити, що всі складні економічні, господарські, організаційні та інші проблеми часто є не вирішеними питаннями філософії.

Схвальна відповідь суспільством на це запитання створила модель надання медичної допомоги на засадах ринку. У цій моделі всі учасники мають суб'єктність (економічну, юридичну), є рівноправними у стосунках, а їх діяльність спрямована на отримання прибутку. Якість надання медичної допомоги у такій моделі вирішується за допомогою конкуренції; медична допомога розуміється як медична послуга, ціни на яку формуються за законами ринку. Природа посередників, якими є страхові компанії, походить зі взаємної згоди сторін.

Важливо розуміти, що діяльність класичної страхової компанії спрямована на отримання прибутку, а ринок є середовищем, яке не передбачає існування на ньому непотрібних і недієздатних структур, – страхові компанії не існують заради себе, а контролюють узяті зобов'язання надавачів медичних послуг (як щодо медичної, так і щодо фінансової частини), одночасно відображаючи інтереси пацієнтів та уряду.

Яскравим прикладом подібної побудови стосунків у сфері надання медичної допомоги є США. Ця система має свої переваги та недоліки.

У тому випадку, коли суспільство вважає неетичним заробляти кошти на людському стражданні, модель надання медичної допомоги будується на засадах служіння. У таких країнах лікарі не конкурують за пацієнтів, як і пожежники за пожежі або правоохоронці за правопорушників. Питання якості медичної допомоги забезпечуються за допомогою державного апарату у вигляді централізованої урядової структури, яка контролює виконання покладених, а не добровільно (це важливо розуміти) взятих на себе медичних зобов'язань і тому нерідко має репресивний характер діяльності.

Яскравим прикладом такої моделі був СРСР. Очевидно, що описану модель у чистому вигляді можна спостерігати у таких країнах, як Куба або Північна Корея. Вона також має свої переваги та недоліки.

Розуміння ситуації через представлені узагальнення є важливим, але одночасно досить схематичним, невичерпним і таким, що не дає відповіді на дуже багато важливих запитань. На практиці існують проміжні та змішані форми організації медичної допомоги, що пов'язано з постійними спробами уникнути недоліків обох полярних моделей. Ці форми, власне, і становлять найбільшу проблему для України, оскільки є основою для копіювання і невичерпною базою для безкінечного детального вивчення.

Для того щоб зрозуміти причини невдач запровадження медичного страхування в Україні, необхідно зрозуміти його природу, детально розглянувши дуже важливі суспільно-політичні процеси, які відбувалися на континенті, де виникло таке явища, як страхування.

Природа страхування на прикладі Англії

Девід Грін у книзі «Повернення в громадянське суспільство» розповідає про історію товариств взаємодопомоги у Великій Британії. Ця історія починається наприкінці XVIII ст. і закінчується в 1911 р. Товариства проіснували до закінчення Другої світової війни, але їх витіснення зі сфери соціальних послуг почалося саме в 1911 р.

Товариства взаємодопомоги – це добровільні (!) об'єднання з метою надання допомоги у зв'язку з хворобою, підтримки сім'ям у разі смерті годувальника та ін. Це не страхові компанії, тобто – не прибуткові організації. Як і держава, вони мали справу з витратами своїх членів, не отримуючи доходу.

Товариства взаємодопомоги були основним механізмом «соціального захисту» у Великій Британії, породженим самоорганізацією громадянського суспільства. Вони надавали допомогу у разі хвороби своїм колегам і членам їх сімей, фінансову і практичну допомогу вдовам і сиротам.

До 1801 р. в Англії діяло приблизно 7200 товариств, до складу яких входили 648 тис. осіб (при населенні країни 9 млн). Через 2 роки тільки в Англії та Уельсі діяло вже 9672 товариства з 704 350 членами (дані доповіді в рамках підготовки «Закону про бідних»). Протягом XIX ст. чисельність товариств взаємодопомоги постійно збільшувалася.

Спочатку товариства працювали за простою схемою – всі члени сплачували однакові внески, за допомогою яких здійснювалися виплати тим, хто звернувся за допомогою. У кінці року залишок у касі порівну ділився між членами об'єднання.

Розвиток товариств заклав практичні основи *страхової справи*. Багато товариств, почавши свою діяльність групою людей одного віку, згодом з'ясували, що їх внески не покривають витрат на лікування, які з віком збільшуються. Виникли спеціальні системи розрахунку майбутніх внесків, які тепер використовуються в страхуванні. Частина товариств дотримувалася принципу щорічного поділу залишків, це було хорошою гарантією від симуляції хвороб, інша частина намагалася знайти способи «з користю» використовувати ці кошти.

Важливо, що всі члени товариства дуже чітко усвідомлювали, звідки беруться кошти на «безкоштовне» обслуговування, тому випадкам симуляції чи шахрайства не було місця. Члени товариств були знайомі особисто і розуміли, що використовують кошти один одного.

Держава, запровадивши систему соціального страхування, не створила нічого нового, вона скористалася зразками, розробленими товариствами взаємодопомоги.

Проте держава змінила самі основи цієї діяльності. Замість добровільних некомерційних товариств взаємодопомоги вона створила примусову систему. Важливо розуміти, що ця система дотується державою незалежно від того, чи діє через неприбуткові квазідержавні фонди чи через комерційні страхові компанії, діяльність яких спрямована на отримання прибутку (Нідерланди, Швейцарія). Це повністю змінило мотивацію її учасників.

Слід відзначити, що процесам націоналізації чинився опір. Великий магістр Манчестерського ордена підмайстрів, виступаючи на щорічному з'їзді у 1909 р., говорив: **«Держава може змусити людину брати участь у системі страхування, але такий примус не зробить його ані обережним, ані бережливим, ані добрим громадянином».**

Проте негативна реакція товариств взаємодопомоги не зупинила уряд. Закон про національну систему соціального страхування був прийнятий у 1911 р. Зазіханнями уряду негайно скористалися групи тиску – перш за все Британська медична асоціація, профспілки медиків і страховики (!), об'єднані в лобістську структуру з промовистою назвою «Синдикат». Ці групи були незадоволені конкуренцією з боку товариств взаємодопомоги, лікарі – «контролем непрофесіоналів» над своєю діяльністю. Суспільства того часу слідували нормам загального права, одна з яких свідчить, що ніхто не може бути суддею у своїй справі. Тож конфлікти з лікарями суспільства вирішували шляхом третейського суду. Організації лікарів вважали, що тільки вони самі повинні залагоджувати суперечки.

Однак неправильно було б вважати, що причиною занепаду товариств взаємодопомоги був конфлікт у площинах: «пацієнт – лікар» чи «товариство взаємодопомоги – страхова компанія». Націоналізація інституцій громадянського суспільства відбулася внаслідок гуманізації стосунків, яка проявилася в намаганні держави як форми організації суспільного життя та інституції, покликаної задовольнити загальний суспільний інтерес, забезпечити маргінальні та малоуспішні верстви населення мінімальним рівнем медичної допомоги, що, власне, є абсолютно нормальним. Проте важливо розуміти,

що інститут взаємодопомоги був створений прогресивною частиною суспільства, здатною до самоорганізації. В основі самоорганізації велике значення має не лише усвідомлення власного інтересу, що є також важливим, а й довіра, котра в свою чергу виходить із ціннісних орієнтирів людини, головною серед яких є чесність.

Завершальний етап націоналізації товариств взаємодопомоги відбувся у повоєнній Європі і мав наслідком створення звичних нам систем охорони здоров'я – держава взяла на себе зобов'язання повністю або частково компенсувати витрати на медичні послуги, вартість яких була створена не в кабінетах чиновників, а ринком.

Також важливо розуміти, що незважаючи на всі процеси націоналізації та одержавлення медичної сфери, лікарі в Європі залишаються суб'єктами ринку. Однак було б несправедливим не відмітити, що з метою обмеження фінансових потреб медиків держава активно втручається у ціноутворення на ринку медичних послуг, що зумовлено його специфікою, – ціна на послугу встановлюється не лише класичним співвідношенням попиту та пропозиції, але й «експлуатацією» безвиході та необізнаності пацієнта. Політика державного регулювання спрямована на зменшення сум відшкодувань та зниження рівня інфляції в медичній сфері. Проте націоналізація товариств взаємодопомоги мала суттєві економічні наслідки. Прийняття урядами таких важливих зобов'язань, як соціальне страхування, призвело до інфляційної політики. Так, за даними експерта Інституту Катона (США) Майкла Теннера, інфляційні процеси властиві не лише американській медицині, а практично всім європейським країнам. Наприклад, у Німеччині витрати на охорону здоров'я до 2020 р. мають усі шанси досягти 30% від ВВП, якщо ситуацію не вдасться змінити.

Таким чином, приблизно з середини XX ст. держава стала обов'язковим учасником процесу надання медичної допомоги, проявляючи свою суб'єктність через концентрацію бюджетних коштів та ведення власної медичної політики. Компенсацію витрат на медичне обслуговування держава здійснює через посередників: або через квазідержавні інститути, якими є фонди (фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування – ЗДСМС), або через страхові компанії, діяльність яких спрямована на отримання прибутку. Посередники виконують консультативно-контролюючу функцію, одночасно намагаючись захистити інтереси як пацієнтів, так і розпорядників фінансових ресурсів.

Страхування в Росії

Не залишалась осторонь розвитку процесів медичного страхування і Російська імперія, інтерес до якої пов'язаний з входженням до її складу України.

Запровадження положень медичного страхування в Росії відбувалося в рамках розвитку соціального законодавства. У Російській імперії система медичного страхування населення була наслідком проведення реформ щодо захисту працівників вугільних підприємств, що розпочалися в 1861 р., коли при гірничих заводах були створені допоміжні каси, завданнями яких були видача додаткових коштів у разі непрацездатності та виплата пенсій робітникам і членам їх сімей.

За наказом самодержця (починаючи з 1866 р.), набуває розвитку система захисту соціальних прав працівників заводів, яка включала положення про медичне страхування населення. Так, у 1903 р. прийнято Закон «Про винагороди громадян, які постраждали внаслідок нещасного випадку, робітників і службовців, а рівно членів їх сімей на підприємствах фабрично-заводської, гірничої та гірничозаводської промисловості». Цей нормативний акт передбачав відповідальність роботодавця за неналежні умови праці та встановлював виплати робітнику і членам його сім'ї у разі виникнення нещасного випадку на виробництві. Система страхування базувалася на цьому нормативному акті до 1912 р., коли було прийнято окремий Закон «Про страхування робітників від нещасних випадків», який розширив права працівників, закріпивши обов'язок кожного, хто працює за наймом, застрахуватися від нещасних випадків, тобто відбулося розширення прав через закріплення обов'язків.

Дві культури страхування

Принципово різна природа розвитку медичного забезпечення стала причиною принципово різної культури ставлення громадянина до громадських коштів. Людина, вихована у радянсько-радянській традиції, сприймає їх (у нашому випадку кошти фонду страховика) не як власні, а такі, що надійшли від суб'єкта експлуатації. І не важливо, чи ним вважається держава чи приватний власник підприємства, – поведінка громадянина підсвідомо спрямовуватиметься на максимальне «освоєння» ресурсів шляхом імітації страхових випадків. Ситуація ускладнюється тим, що за останні два десятиріччя в Україні вихована нова якість страховиків, які вважають фінансові ресурси своїми власними, а громадян – особами, які «за замовчуванням» призначені наповнювати бюджет компанії або фонду.

> Взаємна повага і довіра страховика і страхувальника можливі лише завдяки наявності державного примусу. Надзвичайно важливим показником такої «взаємовигідної» співпраці є ключовий індикатор якості роботи страхових компаній – рівень виплат. За еталон цього показника невипадково беруть середнє значення рівня виплат для Великої Британії (67%) як країни з високорозвиненим страховим ринком та стандартами. Обсяг страхових виплат характеризує ступінь виконання страховими компаніями своїх зобов'язань перед клієнтами, а також умови страхування, зокрема методику визначення збитку.

Яскравим прикладом вітчизняної моделі страхування може бути особисте страхування від нещасних випадків на транспорті, де у 2011 р. чисті страхові премії становили 139,9 млн грн, а чисті страхові виплати – лише 4,2 млн грн (рівень виплат – 3%).

Медичне страхування характеризується найвищим рівнем чистих страхових виплат, але в Україні воно має інші межі – рівень виплат може коливатися від 40 до 101%.

Що стосується добровільного цивільно-правового страхування, то в нашій країні воно є неможливим у принципі, оскільки пересічний громадянин не розуміє, що страхування не є інвестицією або капіталовкладенням, а є жертвою на користь особи, яка постраждала (захворіла). Нерозуміння цієї простої істини зумовлює поведінку застрахованої особи, спрямовану на бодай часткове повернення «інвестованих» коштів шляхом імітації страхового випадку, що юридично є кримінальною дією і називається шахрайством. Слід відзначити, що шахрайство в Україні – це візитна картка будь-якого страхування. Джерелом цивільно-правового страхування є інсайдери страхового ринку, які «відмивають» кошти через неіснуючі страхові випадки.

ЗДСМС

У контексті обговорюваної проблеми окремо необхідно зупинитися на довгоочікуваному ЗДСМС. Тільки за останні 10 років в Україні було підготовлено більше 10 законопроектів щодо обов'язкового медичного страхування. Головною причиною недостатньої підтримки їх у парламенті, незважаючи на різні думки експертів, є відсутність джерела фінансування. З інформаційно-просвітницькою метою в цьому аспекті можна повідомити, що країна має чи не найвище в світі податкове навантаження на фонд оплати праці, яке «гармонійно» поєднується з високим рівнем тінізації економіки. Принагідно слід зауважити, що за період бурхливих дискусій навколо ЗДСМС це навантаження буквально за кілька останніх років збільшилося з 41 до 51%. Не дивлячись на це, апологети страхової медицини вперто намагаються підвищити це навантаження як мінімум ще на 5%, що дасть можливість збільшити консолідований медичний бюджет приблизно на 50%, $^3/_4$ якого становлять витрати на заробітну плату.

Для прикладу можна навести розрахунки фінансово-економічного обґрунтування до одного із проектів Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», поданого до Верховної Ради України 18.12.2007 р. Л. Григорович та співавт., у якому зазначено, що 5% додаткового навантаження на фонд заробітної плати забезпечать надходження у розмірі 13,6 млрд грн (консолідований бюджет на охорону здоров'я у 2007 р. становив 30 млрд грн).

Зростання асигнувань приблизно на 14 млрд грн (майже на 50%) давало можливість збільшити забезпечення стаціонарного хворого з 5,7 грн (3 грн – на харчування, 2,7 грн – на медикаменти) до 21,86 грн. Підвищення заробітної плати медичним працівникам навіть теоретично не передбачалося.

Для повного розуміння ситуації варто нагадати, що в структурі податкового навантаження на фонд оплати праці 35,2% (33,2% платить роботодавець, 2%– сам працівник) становить податкова ставка нарахування обов'язкового збору на заробітну плату, яка є головним джерелом поповнення вже створеної аналогічної квазідержавної структури – Пенсійного фонду України. Будучи чи не найбільшим у світі, цей податок не виконує свого основного завдання щодо забезпечення надходження до Пенсійного фонду, дефіцит якого щороку сягає більше 20 млрд грн і компенсується з бюджету країни.

У цій ситуації важливо розуміти, що запровадження ЗДСМС відбувається в рамках імітації діяльності з усвідомленням його безперспективності абсолютно всіма фахівцями, задіяними у цьому процесі. Проте виникає обґрунтована підозра щодо розуміння цим вузьким колом осіб того факту, що бюджетна медицина – це різновид страхової медицини, її, так би мовити, соціалістичний варіант.

Цей недолік є наслідком нерозуміння того, що будь-яка модель організації медичної допомоги будується на солідарному принципі: бідний лікується за рахунок багатого, а хворий – за рахунок здорового. Бюджетна медицина, успадкована Україною від СРСР, є нічим іншим як способом реалізації принципу солідаризму. Цей принцип є обов'язковим в організації моделі охорони здоров'я, і його структурне відображення (бюджетна медицина, комерційні страхові компанії, квазідержавні фонди, лікарняні каси тощо) залежить від багатьох видимих і прихованих ціннісних орієнтирів суспільства.

> Головною проблемою української медицини є не форма реалізації принципу солідаризму, а його спотворення – багатий лікується за рахунок бідного, умовно хворі – за рахунок справді хворих та ін. Це вихолощення дуже чітко прослідковується при спробах організації страхової моделі в так званих пілотних регіонах, де фактично особи, які володіють дефіцитним соціальним ресурсом (владними повноваженнями, соціальним становищем, зв'язками, фінансами), намагаються організувати своє лікування та/або збагачення за рахунок бідних та хворих. У їхніх «страхових» компаніях кількість застрахованих осіб дорівнює кількості страхових випадків, а страховий випадок супроводжується не страховою виплатою, а страховим внеском.

Висновки

Цілком очевидно, що недостатність ресурсів є і залишатиметься головною причиною пошуку джерел фінансового забезпечення. У зв'язку з нездатністю називати речі своїми іменами пошук коштів для задовільного функціонування системи охорони здоров'я в Україні відбуватиметься під різними гаслами, головним з яких залишатиметься дієвість страхової медицини. Принциповим є зміна якості розуміння проблем, які так чи інакше пов'язані з фінансуванням медичної сфери.

Передусім необхідно зрозуміти, що страхування як явище є продуктом ринку і свободи. Незважаючи на процеси націоналізації, які відбулися в першій половині XX ст., страхування й нині залишається тісно пов'язаним з ринком, тому серйозно говорити про нього в Україні можна буде після появи ринку медичних послуг. Спроби створити ринок і конкуренцію в державній бюджетній сфері в умовах державної монополії без вирішення питання власності можна залишити без коментарів.

Дуже важливо усвідомити, що страхування є продуктом культури добрих і порядних громадян і потребує повної довіри, чесності, прозорості та не існує в країнах з тіньовою економікою та корумпованою судовою системою. Держава, в принципі, не здатна створити страхування, це можуть зробити виключно громадяни і виключно добровільно. Те, що існує в Україні під ширмою страхування (Фонд соціального страхування від тимчасової втрати працездатності і т. ін.), і те, що створювалося в Росії з 1861 р., фактично не є страхуванням, а державним соціальним забезпеченням, яке є своєрідною компенсацією роботодавця (держави) за «експлуатацію людини людиною».

Не менш важливо враховувати, що всі спроби покращення організації та фінансового забезпечення сфери надання медичної допомоги відбуваються на корупційному ґрунті, тому апріорі реалізовуватимуться як корупційні схеми, а всі зусилля, які докладаються у цьому напрямі, слід розцінювати як розширення корупційної бази.

Україна на відміну від Західної Європи протягом останніх 150 років мала державно-адміністративну форму організації системи надання медичної допомоги із суворим державним контролем, що суттєво впливатиме на її подальший розвиток. Нині у фінансуванні сфери надання медичної допомоги на порядку денному стоять дві головні проблеми, які вирішуються в рамках змісту, а не форми: це повернення до принципу солідаризму та забезпечення мінімально необхідного надходження ресурсів.

Підготував ***Анатолій Якименко***