

*Колеснік К.Е.*

*кандидат медичних наук*

*начальник медичного управління ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»*

## СОЦІАЛЬНЕ ОBOB'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У РОЗВИТКУ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

**Анотація.** Стаття розкриває важливі та значущі питання щодо соціального обов'язкового медичного страхування у різних країнах.

**Ключові слова:** соціальне страхування, медичне страхування, соціальний захист пацієнта, санаторно-курортна галузь.

У Верховній Раді України пройшов два читання і чекає остаточного ухвалення прєкт Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». Однак ні населення, ні широкі кола медичної громадськості, ні керівники установ та органів управління охороною здоров'я психологічно не готові до роботи в нових умовах надання медичної допомоги в рамках медичного страхування. Для подолання інформаційного вакууму та формування уявлень з одного боку медичного персоналу про медичне страхування, і з іншого — для формування уявлень страховиків про організацію системи охорони здоров'я та медичної допомоги, як її найважливішої складової.

На теперішній час система обов'язкового медичного страхування введена в 25 країнах, в яких проживає 711 млн. людей, тобто це — 18% населення планети. Хоча більша частина громадян цих країн застрахована державою за програмами обов'язкового медичного страхування, багато хто готовий платити додатково, щоб забезпечити собі кращу якість послуг. Так, два і більше видів медичних страхових полісів мають у Німеччині - 99,8%, у Франції — 98%, в Японії — 95%, в Австрії — 90% населення. Все це переконливо доводить і підтверджує відсутність альтернативи у системі медичного страхування як способу збору і розподілу фінансових коштів за результатами діяльності медичного закладу. При цьому медичне страхування забезпечує соціальний захист пацієнта, формує гарантії в отриманні контрольованої і якісної медичної допомоги в

певному обсязі, підвищує відповідальність лікаря і всіх його помічників при наданні медичної допомоги пацієнтам, незалежним і більш дієвим стає позавідомчий контроль діяльності установ і, в першу чергу, якості медичної допомоги, фінансування лікувально-профілактичних установ стає адресним і певним, формуються економічні важелі управління і здорове змагання між окремими лікувально-профілактичними установами, зростає відповідальність персоналу за результати своєї праці. Поєднання обов'язкового і добровільного медичного страхування дозволяє розширити обсяг і умови надання медичної допомоги населенню. Можливості для запровадження й розвитку в Україні добровільного медичного страхування закладені в прийнятому у 1996 році Законі «Про страхування». Проте питома вага цього механізму додаткового залучення коштів у систему охорони здоров'я залишається незначною (0,8% від загальних витрат на охорону здоров'я) через занадто високу для абсолютної більшості населення вартість послуг комерційних страхових компаній, що працюють на ринку медичного страхування.

Механізм добровільного медичного страхування носить характер ризикового накопичення: страховка пов'язана поняттям страхового випадку та виплачується тоді, коли страховий випадок настає. Якщо страховий випадок не настає, страхові платежі не проводяться. Розмір страхового платежу залежить від ступеня ймовірності настання страхового випадку; страховка від травматизму буде коштувати неоднаково для спортсмена і для бухгалтера.

Договір страхування можуть укладати як громадяни, так і підприємства щодо своїх працівників.

Програми добровільного страхування здійснюють спеціалізовані страхові компанії, які можуть бути утворені на будь-якому рівні — національному, територіальному, місцевому,

— і перебувати в будь-якій формі власності. У законодавстві повинні бути передбачені спеціальні механізми, що максимально зменшують ризик банкрутства страхових компаній, такі механізми досить добре відомі в світовій практиці (великий статутний капітал, заборона на ризиковані фінансові операції та ін.)

Розвиток ринкових відносин в економіці формує і соціальний ризик, пов'язаний з втратами окремої людини у зв'язку з хворобою через необхідні матеріальні витрати і втрати можливості брати участь в економічних процесах. Все це визначає актуальність пошуку компенсаторних механізмів, що сприяють зменшенню матеріальних втрат від існуючих ризиків втрати здоров'я на основі компенсаторних механізмів. В якості такого соціально-економічного механізму може бути використаний механізм соціального страхування, однією з форм якого є обов'язкове медичне страхування громадян незалежно від їх соціально-економічного становища, яке забезпечує рівні гарантії і права всьому населенню в наданні необхідної їм безплатної медичної допомоги. Саме соціальне обов'язкове медичне страхування дозволить задовольнити інтереси окремої особи і всього суспільства в сфері здоров'я та збереження продуктивних сил, що забезпечують економічний прогрес. Прикладом економічного прогресу може служити робота оздоровниць Миколаївської та Херсонської області. Профспілкові оздоровниці Миколаївської і Херсонської областей у акціонерний період ввійшли в надзвичайно несприятливих умовах. Курорти, на яких вони розташовані, в радянський час не відносились ні до всесоюзних, ні до престижних всеукраїнських. Кошти в їх розвиток централізовано не вкладались, підтримували вони свій стан на належному рівні та деяке покращення матеріальної бази відбувалось завдяки власним невеликим коштам та залученню окремих забудовників. Тому економічна криза 90-х років минуло століття поставила оздоровниці регіону в дуже скрутне становище.

Стихійно почали складатися ринкові відносини, до яких ні керівники, ні спеціалісти, ні працівники взагалі не готувались і всім довелось вчитись головним чином на власних помилках. Різко зменшився попит на ринку санаторно-курортних і особливо відпочинкових послуг. В таких умовах нашим оздоровницям

стало неможливо конкурувати з матеріально і фінансово розвинутим оздоровницями відомих курортів. Якщо в 1990-1991 рр. система соціального страхування закупала в оздоровниці нашого регіону до 90% путівок, то в наступні декілька років обсяги цих закупок впали до 5–7%. В середині 90-х років з 40% до 3–5% зменшилась і кількість путівок, що закупуються для потерпілих від Чорнобильської катастрофи. При такому різкому паданні до мінімуму організованої закупівлі путівок керівники і спеціалісти оздоровниць намагались самотійно реалізувати путівки.

Все це відбувалось на фоні постійного зростання цін на путівки (завдяки поглибленню загальної економічної кризи в країні) і постійного зубожіння населення. Для невеликої кількості забезпечених потенційних пацієнтів наші середнього рівня оздоровниці не представляли інтересу, а зубожілі верстви малозабезпеченого населення (що завжди становили основний контингент пацієнтів наших оздоровниць) не могли самотійно купувати путівки.

Все це привело до того, що з початку 90-х років обсяги діяльності оздоровниць регіону почали падати, а економічні показники погіршувались. При цьому слід відмітити, що падіння показників було зумовлено як системною кризою, так і заходами, які довелось здійснювати для виживання в цих умовах (скорочення ліжок, перехід на сезонне функціонування та ін.). Загальний аналіз роботи оздоровниць регіону відбувався з 1991 р. по 1999 р. включно, в 2000 р., завдяки стабілізації економічного становища в країні, а також прийнятим в системі заходам, відбулось деяке покращення діяльності. Яке за результатами роботи в 2001 р. було закріплено. Так з 1991 р. більше ніж в 3 рази в 1999 р. зменшились в цілому по регіону обсяги послуг в оздоровницях. Прибуток з 1275,3 тис. грн. в 1991 р. зменшився до 152,5 тис. грн. в 1998 р. в 1999 р. всі заклади регіону дали 938,5 тис. грн. збитків, в 2000 р. збитки зменшились до 253,5 тис. грн., а за 2001 р. за оперативними даними очікується прибутковий результат. У зв'язку із зменшенням обсягів роботи в 2 рази була зменшена середньооблікова чисельність працюючих (з 1226 чол. працюючих в 1991р. до 503 чол. в 1999 р.).

Але цього виявилось не достатньо для збереження рівня навантаження персоналу

— обсягу обслуговування на одного працівника в ліжко-днях зменшився трохи більше ніж в 2 рази (з 696 до 311), в особах теж в 2 рази (з 48 до 23), зменшився і обсяг доходів на працівника з 12,1 тис. грн. до 9,2 тис. грн. При цьому, на жаль, майже в 3—ри рази зменшилась середня місячна заробітна плата — з 302 грн. до 118 грн. Тому, для більш раціонального завантаження і використання працюючих, заохочення і покращення їх матеріального стану в 2000 р. було продовжено скорочення персоналу до 382 осіб. Середньо-облікової чисельності працюючих, це дало змогу збільшити середньомісячну зарплату до 158 грн. при цьому витрати не зросли, адже питома вага фонду оплати праці в обсязі доходів з 15,4% в 1999 р. в 2000 р. навіть зменшилась до 12,6% (в 1991 р. — 29,8%).

За останні 10 років зменшився об'єм обслуговування в особах в 5 разів, в ліжко-днях (найбільш об'єктивний показник) динаміка змін була такою: в 2000 р. їх було найменше — 150060 (зменшення проти 1991 р. в 5,7 разів, з 857091 ліжко-дня). В 2001 р. цей показник вперше покращився, збільшившись до 196244 ліжко-днів (на 30%). Зменшення показників обслуговування було обумовлено не тільки кризою системи, а і виконанням певних заходів по виживанню оздоровниць. Для оптимізації їх діяльності потрібно було зменшити затрати і покращити умови проживання та рівень обслуговування відпочиваючих. З цією метою прийшлося скорочувати ліжковий фонд оздоровниць, ліквідуючи неблагоустроені ліжка і створюючи плати з покращенням рівня комфортності. Так, загальний ліжковий фонд оздоровниць регіону з 1991 р. по 2001 р. зменшився на 36% (з 3347 ліжок до 2124 ліжок). При цьому відбулись як кількісні, так і якісні зміни. Кількість санаторних ліжок збільшилась майже в 3—ри рази (з 371 ліжка в 1991 р. до 1110 ліжок в 1999-2000 рр.).

Пансіонати відпочинку в 1997—1998 рр. були реорганізовані в пансіонати з лікуванням. Частина їх ліжок була переведена в санаторні (пансіонат «Примор'є» приєднаний до санаторію «Очаків»), а частина, найбільш неблагоустроєних, була ліквідована (продано пансіонат «Травнений» в Очакові), таким чином ліжковість пансіонатів зменшилась на 63% (з 2976 до 1090 ліжок). В 1996—1999 рр. всі оздоровниці регіону перейшли на сезонне

функціонування в літній період. Майже в усіх оздоровницях регіону в останні 10—річчя з'явилися палати підвищеної комфортності (одно-, двомісні звичайні та двокімнатні палати), ціна путівок в яких є найвищою, з найбільшим рівнем рентабельності. Робота по створенню таких місць продовжується з метою доведення їх до 10% від ліжковості кожної оздоровниці, що на нашу думку є оптимальним.

Здійснювались також заходи з покращення рівня обслуговування відпочиваючих — перш за все медичного. В 1992 р. Очаківське об'єднання пансіонатів відпочинку було перетворено в санаторно-курортне об'єднання. Для цього в об'єднанні була створена значна медична база — поліклініка і водолікувальниця, які весь час розширюються і вдосконалюються. З'явилися нові кабінети спелео- та іонотерапії, лазеротерапії, механо- та магнітотерапії «Гопри» відкриті нові реабілітаційні відділення для вагітних, лікування хворих ревматологічними захворюваннями опорно-рухового апарату та ендокринологічними захворюваннями. В зв'язку з перепрофілюванням пансіонатів відпочинку в пансіонати з лікуванням в них була створена своя лікувальна база.

Найбільший обсяг таких робіт проведено в пансіонаті «Скадовськ», де лікувальна база наближається до санаторної. В санаторіях «Очаків», «Гопри» та пансіонаті «Скадовськ» були відкриті кабінети аромо-, фоно-, фото-, фітотерапії. Щорічно в усіх оздоровницях закуповуються нові медичні апаратури і обладнання, впроваджуються нові методики лікування і діагностики.

В перспективі доцільним є розширення використання природних курортних факторів в Очакові шляхом використання розвіданих родовищ мінеральної води і лікувальної грязі Бейкушського лиману, реорганізація пансіонату «Скадовськ» в санаторій. Є наміри на базі пансіонату «Гіпаніс» разом відділенням Фонду соціального страхування від нещасних випадків утворити центр реабілітації потерпілих на виробництві.

Таким чином, медичне страхування виступає найважливішим механізмом залучення грошових коштів з позабюджетних джерел для розширення можливостей фінансування системи медичної допомоги населенню, дозволяють забезпечити державні гарантії кожному громадянину держави в отриманні при необхідності, і якісної медичної допомоги.

**Література:**

1. Абоймов В. В. Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования / В. В. Абоймов, А. В. Азаров, Н. Д. Тэгай, В. И. Турицын. — М. : Федеральный фонд ОМС, 2001. — 112 с.
2. Бідний В. Г. Медичне страхування / В. Г. Бідний, Н. М. Орлова. — К. : Задруга, 2007. — 451 с.
3. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008, м. Львів.
4. Радиш Я. Ф. Медичне страхування : навч. посібник / Я. Ф. Радиш // Національна академія держ. управління при Президентові України. — К. : НАДУ, 2005.
5. Капшук О. Г. Медичне страхування — ключова складова ефективного функціонування системи охорони здоров'я / О. Г. Капшук // Збірник праць наук.-практ. конференції «Актуальні питання діагностики, лікування та профілактики есенціальної гіпертензії та її ускладнень». — Вінниця, 10-11 квітня 2008 р. — С. 1-5.
6. Шатковський Я. Обов'язкове медичне страхування в Україні: правові проблеми та перспективи їх вирішення / Я. Шатковський // Вісник Львів. ун-ту. Серія юридична. — 2008. — Вип. 46. — С. 98-102.

**Колесник К.Е. Социальное обязательное страхование и его значения в развитии санаторно-курортной отрасли Украины.**

**Аннотация.** Статья раскрывает важные и значимые вопросы социально обязательного медицинского страхования в различных странах.

**Ключевые слова:** социальное страхование, медицинское страхование, социальная защита пациента, санаторно-курортная отрасль.

**Kolesnik K. E. Social health insurance is compulsory and its value in the development of sanatorium and resort industry in Ukraine.**

**Summary.** Article reveals the important and significant issues of social mandatory health insurance.

**Key words:** social insurance, medical insurance, social security of patient, health resort industry.