

УДК 614 2 (477)

Богдан КОРЕЦЬКИЙ,
Едуард ЛУКАШ

ТРАНСФОРМАЦІЯ ГАРАНТІЙ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В КРАЇНАХ З ПЕРЕХІДНОЮ ЕКОНОМІКОЮ

Резюме. Розглянуто процес трансформації фінансування медичного обслуговування населення в постсоціалістичних країнах та запропоновано напрямки його оптимізації на базі клініко-статистичних груп.

The summary. The article examines processes of financing medical services in post-socialist countries and offered directions to optimize on the basis of clinical and statistical groups.

Ключові слова: країни з транзитивною економікою, система охорони здоров'я населення, медичні послуги, гарантії безоплатного медичного обслуговування.

Постановка проблеми. Постсоціалістичні держави успадкували від епохи соціалізму надзвичайно широкі гарантії безкоштовного надання медичної допомоги населенню. Створена система охорони здоров'я, що отримала найменування системи Семашко, була орієнтована на масове застосування щодо простих і недорогих медичних технологій.

Розвиток медичної науки і фармацевтики значно розширив можливості лікування багатьох захворювань і відповідно зумовив зростання потреб населення в отриманні медичних послуг вищої якості. Але задовольнити всі ці потреби шляхом безкоштовного надання всім громадянам усіх видів медичної допомоги держава вже не в змозі і в осяжній перспективі теж нездатна це зробити.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемам оцінювання масштабів гарантій медичного обслуговування населення присвячено цілий ряд наукових досліджень як зарубіжних, так вітчизняних учених. Найбільший внесок у розв'язання цієї проблеми внесли Буфффорд Джо Айві, Фигейрас Дж, Дзигал О.Ф, Журавель В.І., Ковалевська Л.А., Лехан В.М., Остафійчук Я.В., Панов Б.В., Салтман Р.Б., Свірський О.О., Шишкін С.В., Шутов М.М. Їхні праці були орієнтовані на обґрунтування масштабів гарантій медичного обслуговування населення в умовах різних систем медичного страхування. Разом з тим в Україні, у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я населення, з'явилися нові обставини в гарантуванні державою надання якісної медичної допомоги громадянам, які потребують негайного розв'язання.

Метою статті є обґрунтування шляхів трансформації гарантій медичного обслуговування населення України в умовах заявленої урядом реформи системи охорони здоров'я населення.

Виклад основного матеріалу. Загальносвітовою тенденцією є зростання державних і приватних витрат на охорону здоров'я, зумовлене появою нових дорогих медичних і фармацевтичних технологій, посилення уваги людей до свого здоров'я, зростанням тривалості життя і збільшенням у суспільстві частки осіб старшого віку. Системи бюджетного фінансування охорони здоров'я й обов'язкового медичного страхування, що надають громадянам право на безкоштовне отримання широкого спектра видів медичної, профілактичної, реабілітаційної допомоги, стикаються з проблемою забезпечення балансу між вартістю таких гарантій, що зростають, і джерелами їх фінансування [1].

Постсоціалістичні держави, як, втім, і країни з розвинутою ринковою економікою, в останні десятиліття опинилися перед глобальним викликом: або підвищувати податкове навантаження і за рахунок цього збільшувати фінансування охорони здоров'я, або уточнювати гарантії й підвищувати ефективність використання наявних ресурсів. Особливостями України та інших держав СНД є масштаб розриву між гарантіями і їх фінансовим забезпеченням та розмірами заміщення цього розриву витратами самого населення.

У реальності ні радянська, ні постсоціалістичні держави не гарантували безкоштовного надання всіх можливих видів медичної допомоги. Фактично завжди застосовувався принцип обмеженості гарантій, але не завжди він чітко формулювався.

У результаті через неможливість безкоштовно надати всім бажану медичну допомогу відбувається зниження доступності якісної медичної допомоги для широких верств населення, наростання об'єму платних медичних послуг і розширення практики неформальних платежів. Найбільше від цього страждають малозабезпечені верстви населення, оскільки існує суттєва нерівність можливостей різних соціальних груп в отриманні якісної медичної допомоги [3].

Посилання на недостатнє державне фінансування охорони здоров'я і нездійсненність декларативних правил безкоштовного медичного обслуговування служать самовиправданням для медичних працівників і керівників охорони здоров'я зі зниження якості медичних послуг, на отримання яких громадяни можуть розраховувати без додаткової оплати. В той же час наявні фінансові ресурси не завжди витрачаються ефективно. Вони використовуються в основному на підтримку надмірного ліжкового фонду стаціонарних медичних установ замість розвитку профілактичної роботи і амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню.

За останні десятиліття постсоціалістичні держави використовували різні підходи до вирішення проблеми незбалансованості між гарантіями і можливостями надання медичних послуг громадянам та використання коштів населення в оплаті медичних послуг, що гарантуються державою. Можна виділити кілька типів таких підходів, а саме:

1. Збереження гарантій незмінними, проведення реформи охорони здоров'я, що забезпечує збільшення розмірів державного фінансування і підвищення ефективності використання ресурсів.

Такий підхід був застосований в Латвії, Литві, Чехії. У цих країнах системи бюджетного фінансування охорони здоров'я були замінені на системи обов'язкового медичного страхування, але без перегляду пакета медичних послуг, які гарантуються громадянам. У Чехії в 90-і роки спостерігалось значне зростання державних витрат на охорону здоров'я. В даний час частка цих витрат у ВВП в Чехії одна з найвищих серед постсоціалістичних країн. Там же також найменша серед даної групи держав частка участі населення у витратах на охорону здоров'я.

Слід відзначити, що зростання державних витрат в Чехії було значною мірою зумовлене впровадженням схеми оплати медичної допомоги із коштів обов'язкового медичного страхування (ОМС) відповідно до фактично наданих об'ємів послуг. Ця схема стимулює лікарів до нарощування об'ємів допомоги, що надаються, і при цьому значна частина такого приросту є надмірною. Медичні працівники в цій країні виявилися вельми ефективною групою спеціальних інтересів, здатною упровадити й тривалий час зберігати інститути, що забезпечують зростання державного фінансування цієї сфери.

У Латвії і Литві також відбувалося значне зростання державного фінансування охорони здоров'я. Введення ОМС дозволило підвищити раціональність використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я, але при цьому сама система обов'язкового медичного страхування має певні складнощі з фінансовим забезпеченням державних гарантій, особливо в частині надання лікарських засобів на пільгових умовах [4].

2. Збереження гарантій незмінними, скорочення державного фінансування, розвиток легальної і неформальної оплати населенням медичної допомоги.

По такому шляху пішли Україна, Білорусь та Росія. Впродовж 90-х років розміри державного фінансування охорони здоров'я в цих країнах в реальному виразі зменшувалися, при цьому гарантії, успадковані від соціалізму, не переглядалися. Реформи системи фінансування або не проводилися (Україна, Білорусь) або були непослідовними і малорезультативними (Росія). Об'єми медичної допомоги зменшилися незначно, але якість її

погіршилася. Компенсація розриву між необхідними ресурсами і державним фінансуванням відбувалася за рахунок зростання витрат населення на легальну й неформальну оплату діагностики й лікування в медичних установах.

3. Збереження колишнього об'єму державних гарантій і введення при цьому доплат населення за отриману медичну допомогу.

Такий підхід був застосований в Естонії. Державні гарантії залишилися незмінними відносно переліку видів допомоги і захворювань, при яких держава гарантує її надання. Разом з тим відмовилися від принципу повністю безкоштовного надання медичної допомоги населенню. З 1995 р. введена система доплат пацієнтів в амбулаторному секторі у розмірі 5 крон (40 центів США) за кожні відвідини лікаря. Крім того, введена доплата за перебування в одномісній палаті при стаціонарному лікуванні. Завдяки політичному тиску через кілька місяців після введення доплат були звільнені від такої плати певні категорії населення – пенсіонери, інваліди і діти.

4. Скорочення переліку об'ємів медичної допомоги, що гарантуються.

У Вірменії, Грузії, Молдавії масштаби економічної кризи і відповідно розміри зниження бюджетних доходів у перші роки перехідного періоду були найбільш значними. Це змусило дані держави піти на законодавче скорочення медичної допомоги населенню, що гарантувалася. У Грузії з 1995 р. рівне право громадянина на безкоштовне медичне обслуговування було скасовано. Державні гарантії включають тепер лише медичну допомогу при психіатричних та інфекційних захворюваннях, профілактику й лікування туберкульозу та онкологічних захворювань, допомогу породіллі й медичну допомогу всіх видів дітям у віці до двох років, дитячу кардіохірургію, медичну допомогу неімушим. Об'єм медичних послуг, що гарантуються державою, складає всього лише 10–15% усього комплексу необхідних медичних послуг [2, с. 174]. Медична допомога за межами пакета, що гарантується, надається за плату. Втім, скорочення об'єму гарантій не викоренило, за свідченням грузинських експертів, практики неформальної оплати медичних послуг, включених до пакету, що гарантується.

5. Скорочення об'єму гарантій і введення легальних доплат пацієнтів за послуги, що надаються в рамках пакета, що гарантується.

Такий підхід був реалізований в Киргизії. Спочатку було проведено скорочення пакета медичної допомоги, що гарантувався. Потім з березня 2001 р. у двох районах республіки (у центральному і периферійному) в експериментальному порядку були введені офіційні доплати пацієнтів за госпіталізацію. Розміри доплат були диференційовані для різних категорій населення. Обстеження витрат пацієнтів, проведені до цієї реформи (лютий 2001 р.) і після неї (липень 2001 р. і березень 2002 р.) показали, що сукупні легальні й неформальні платежі (НП) населення практично не змінилися, але скоротилися витрати пацієнтів на придбання ліків і медикаментів. Що ж до неформальних платежів медичним працівникам, то вони не зникли. Але частка пацієнтів, що платять лікарям, зменшилася з 60 до 38% за період між першим і другим опитуванням. Особливу увагу привертає той факт, що скорочення частки тих, хто платив, відбулося в більших масштабах у периферійному експериментальному районі, аніж у центральному районі. Ці результати переконливо свідчать, що поширеність і розміри неформальних платежів залежать від складного комплексу чинників. Дефіцит державного фінансування медичних організацій – це лише один з цих чинників, і його усунення шляхом легалізації оплати медичної допомоги населенням суттєво позначається на динаміці НП [5].

6. Введення обов'язкових попередніх доплат за послуги поза пакетом, що гарантується.

Такий підхід був реалізований в Туркменістані. Формально гарантії безкоштовної медичної допомоги в цій країні не переглядалися, але фактично частина послуг легально надається за плату, і є свідчення про поширеність практики неформальної оплати. Характерною особливістю є встановлена з 1996 р. система так званого добровільного медичного страхування.

Держава запропонувала найнятим робітникам, підприємцям, селянам у добровільному порядку застрахуватися в створеній державою системі добровільного медичного страхування. Застраховані повинні платити страхові внески у розмірі 4% доходу. Вони отримують право на 90%-ну знижку на виписані лікарем ліки і 30%-ну знижку на платні медичні послуги. У цій системі «добровільно» застраховано 1,8 млн з 2 млн чоловік, що відносяться до вказаних вище категорій [4].

Аналіз практики застосування цих підходів показав, що жоден з них не зміг забезпечити повного балансування виділених ресурсів на охорону здоров'я населення з існуючими державними гарантіями надання медичної допомоги громадянам. Тому, на нашу думку, в Україні слід використати принцип розумної обмеженості таких гарантій, який би враховував як фінансові можливості держави, так і потреби суспільства в існуючих соціально-економічних умовах.

Завдання полягає в тому, щоб розробити таку програму державних гарантій забезпечення безкоштовною медичною допомогою, яка визначатиме загальні об'єми такої допомоги в масштабах усієї країни, виходячи з реальних можливостей бюджету держави та стану здоров'я населення. Разом з тим вона не повинна конкретизувати конституційну норму стосовно прав окремих громадян [2]. У цьому випадку громадянам можна гарантувати надання за рахунок податкових джерел певного пакета лікувально-діагностичних послуг і лікарських засобів у межах клініко-економічних стандартів з кожного захворювання. Цей пакет повинен бути однаковим для всіх громадян. Додаткова медична допомога понад пакет надаватиметься за рахунок оплати працедавцями або/і населенням. Ряд профілактичних заходів і все необхідне для лікування соціально небезпечних захворювань повинно здійснюватися за рахунок держави.

Для запровадження такого підходу в наданні медичних послуг населенню слід визначити види діагностичних і лікувальних технологій, види медикаментозних схем і умови надання допомоги, які гарантуються громадянам при захворюваннях по кожній нозологічній групі.

Надання медичної допомоги відповідно до встановлених стандартів повинно або бути повністю безкоштовним для населення, або передбачати фіксовані доплати пацієнтів, розміри яких диференційовані залежно від середньої вартості виконання відповідного медико-економічного стандарту і виду медичної установи, в якій надається допомога. Причому, на нашу думку, використання доплат є менш ефективним варіантом зміни державних гарантій. Без чітких підстав для розмежування фінансової відповідальності держави і населення за оплату медичної допомоги, включеної за програмами державних гарантій, у державних органах неминуче виникатиме прагнення перемістити тягар фінансування гарантій з держави на самих пацієнтів. А це призведе до посилення диференціації доступності медичної допомоги для людей з різним рівнем доходу і, зрештою, створить несприятливу дію на стан усього суспільства.

Уточнення державних гарантій повинно проводитися при зміні таких параметрів медико-економічних стандартів:

- типи використовуваних діагностичних і лікувальних технологій: у стандарти, як правило, включаються звичайні, широко поширені технології і не включаються нові, дорогі, якщо для них є альтернативи;
- вид використаних медикаментозних схем;
- склад і об'єм медичних послуг при лікуванні певних захворювань у випадках, коли за медичними показаннями можливо виділити необхідні й додаткові, необов'язкові види послуг;
- рівень кваліфікації медичних працівників, що надають допомогу (наприклад, до стандарту входять планові консультації фахівцем без права його вибору пацієнтом, а планові консультації фахівцем за вибором пацієнтом до стандарту не входять);

– наявність однозначних правил звернення за спеціалізованою і неекстреною стаціонарною допомогою (правило обов'язковості отримання пацієнтом направлення від лікаря первинної медико-санітарної допомоги на дослідження й консультації фахівців і обов'язковості отримання направлень від фахівців поліклінік на дослідження і консультації в стаціонарах або на госпіталізацію у випадках потреби в неекстреній медичній допомозі);

– категорії медичних установ, в яких гарантується надання медичної допомоги (наприклад, гарантується госпіталізація в стаціонари, категорія яких відповідає складності лікування захворювань відповідної нозології, але не гарантується госпіталізація в стаціонари вищого рівня);

– умови комфортності надання послуг.

На нашу думку, програма державних гарантій, що включає систему клініко-економічних стандартів її надання, повинна переглядатися раз на 3–5 років з урахуванням змінних ресурсних можливостей держави, появи нових, ефективніших медичних технологій і лікарських засобів. Для непрацюючих громадян програма може передбачати в майбутньому, зі зростанням економічних можливостей держави, розширення пільг із лікарського забезпечення і видів допомоги, що гарантуються (наприклад, включення патронажу вдома для важкохворих, додаткові послуги з медичної реабілітації і медико-соціальної адаптації для дітей-інвалідів, дітей-сиріт і так далі).

Медична допомога понад встановлені клініко-економічні стандарти надаватиметься за рахунок коштів самих громадян або їх працедавців.

Інструментами раціонального використання недержавних засобів для надання медичної допомоги населенню виступатимуть:

– модифікована система добровільного медичного і медико-соціального страхування, що передбачає можливість зарахування частини внесків до системи обов'язкового страхування при оплаті добровільного страхування;

– надання медичних послуг, безпосередньо оплачуваних пацієнтами.

У перспективі програма державних гарантій медичної допомоги населенню може бути доповнена пакетом послуг, які надаватимуться понад безкоштовний гарантований пакет за рахунок додаткового фінансування з бюджетів, або за рахунок страхових внесків відповідними категоріями застрахованих, або за рахунок доплат пацієнтів за споживання цих послуг. Ставки (розміри внесків) доплат повинні бути фіксованими, але різними для різних видів послуг та покривати у будь-якому випадку лише частину їх вартості.

Висновки. В Україні на сучасному етапі розвитку слід для гарантій надання населенню медичних послуг використати принцип правильного обмеження їх, який враховував би як фінансові можливості держави, так і потреби суспільства в існуючих соціально-економічних умовах.

МОЗ України слід розробити пакети лікувально-діагностичних послуг і лікарських засобів у межах окремих нозологічних груп, які гарантуються державою, і на цій основі сформувані спеціальні клініко-економічні стандарти їх лікування.

Лікування населення в межах клініко-економічних стандартів повинно або бути повністю безкоштовним для населення, або передбачати фіксовані доплати пацієнтів, розміри яких диференційовані залежно від середньої вартості виконання відповідного медико-економічного стандарту і виду медичної установи, в якій надається допомога.

Програма державних гарантій, яка вкладена в систему клініко-економічних стандартів, повинна переглядатися державою не рідше одного разу в 5 років.

Використана література

1. Салтман, Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ [Текст] / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М.: Из-во: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
2. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні [Текст]; за ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
3. Шишкин, С.В. Стратегия обеспечения государственных гарантий в здравоохранении [Текст] / С.В. Шишкин // Муниципальная экономика. – 2003. – № 4. – С. 82–86.
4. WHO Regional Office for Europe Health for all data-base; Моссиалос і ін., 2006, р. 92–93.
5. WHO Regional Office for Europe Health for all data-base; Моссиалос і ін 2008, р. 170–176.