

**ДОСВІД КРАЇН ЄВРОПИ
У ФІНАНСУВАННІ ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Пропонований огляд являється підсумком фінансованого Європейською Комісією проекту Tacis BISTRO “Ознайомлення з досвідом країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров’я”. Огляд підготовлено спільними зусиллями експертів компанії SOCON Ltd. та Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров’я, материнства й дитинства. В ході проекту було проведено серію семінарів і робочих зустрічей для обговорення проблем діючої системи фінансування галузі охорони здоров’я в Україні та потреби в її реформуванні. Крім того, члени Комітету Верховної Ради мали змогу наочно ознайомитись з досвідом Німеччини та Польщі в питаннях фінансування служби охорони здоров’я. Результати робочих зустрічей, семінарів і ознайомлювальних поїздок були використані при підготовці даного огляду.

Приведені в огляді матеріали, висновки та рекомендації відображують погляди виключно компанії SOCON Ltd. і в жодному разі не повинні сприйматися як такі, що представляють політику та погляди Європейської Комісії.

ЗМІСТ

Передмова

1. **Огляд чинної систем фінансування галузі охорони здоров'я в Україні.** *А. Гук, В. Галайда*
2. **Проблеми чинної системи фінансування галузі охорони здоров'я.** *В. Галайда, А. Гук*
3. **Огляд європейських та американських підходів до фінансування систем охорони здоров'я.** *М. Карі, У. Маттіла, В. Рудий*
 - 3.1. Загальні принципи схем охорони здоров'я
 - 3.2. Опис досвіду окремих країн:
 - 3.2.1. Охорона здоров'я та реабілітація у Фінляндії
 - 3.2.2. Франція
 - 3.2.3. Німеччина
 - 3.2.4. Нідерланди
 - 3.2.5. Велика Британія
 - 3.2.6. Італія
 - 3.2.7. США
 - 3.3. Підсумки і висновки.
 - 3.4. Майбутнє систем фінансування охорони здоров'я в країнах ЄС.
4. **Огляд досвіду фінансування охорони здоров'я і запровадження медичного страхування в країнах центральної і східної Європи.** *Е. Ліннакко, У. Маттіла, В. Рудий*
 - 4.1. Загальні принципи схем охорони здоров'я
 - 4.2. Опис досвіду різних країн:
 - 4.2.1. Російська Федерація
 - 4.2.2. Польща
 - 4.2.3. Чеська Республіка
 - 4.2.4. Угорщина
 - 4.2.5. Естонія
 - 4.2.6. Болгарія
 - 4.2.7. Латвія
 - 4.3. Підсумки і висновки
5. **Можливості і варіанти розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні.** *В. Черненко, П. Аарва, В. Рудий, У. Маттіла, М. Карі, Е. Ліннакко, В. Лехан, А. Гук, В. Галайда*
 - 5.1. Основні принципи
 - 5.2. Можливі варіанти розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні
 - 5.3. Забезпечення достатнього рівня фінансування галузі
 - 5.3.1. Фінансування первинної медико-санітарної допомоги
 - 5.3.2. Фінансування спеціалізованої і стаціонарної допомоги
 - 5.3.3. Інтеграція надання допомоги
 - 5.4. Планування інвестицій
 - 5.5. Ліцензування та акредитація як інструменти забезпечення якості надання медичної допомоги
 - 5.6. Підсумок

Загальні підсумки і висновки. *У. Маттіла, А. Гук, В. Галайда*

ПЕРЕДМОВА

При підготовці даного видання до друку ставились наступні цілі:

- Зробити огляд чинної системи фінансування громадської системи охорони здоров'я в Україні
- Представити досвід європейських країн у фінансуванні послуг з охорони здоров'я
- Проаналізувати можливі підходи до поліпшення ефективності фінансування сфери охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я в Україні гостро потребує реформи системи фінансування. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається протягом останнього десятиліття, призвів до значного погіршення якості медичної допомоги. В цілях поліпшення доступності і якості медичного обслуговування у громадському секторі українські законодавці готують нові законодавчо-правові акти, шукаючи можливостей для переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі.

Пропонований огляд було підготовлено спільними зусиллями фінансованого Європейською Комісією проекту Tacis Bistro “Ознайомлення з досвідом країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я” та Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства й дитинства. Протягом шести місяців, що тривав проект, було проведено серію семінарів і робочих зустрічей для обговорення діючої системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та потреби в її реформуванні. Крім того, шестеро членів Комітету Верховної Ради взяли участь у ознайомлювальних поїздках до Німеччини та Польщі. Результати робочих зустрічей, семінарів і ознайомлювальних поїздок були використані при підготовці даного огляду.

Керівник групи експертів проекту пан Урйо Маттіла разом з іншими експертами ЄС та місцевими українськими експертами зібрали матеріали для даної публікації. Професор Валерія Лехан підготувала текст в частині, що описує методи оплати послуг (розділ 5). Віктор Галайда і Андрій Гук підготували розділи 1 та 2, в яких описується діючі механізми фінансування галузі охорони здоров'я в Україні і аналізуються її проблеми, а також зробили значний вклад в написання розділу 5. Пан Матті Карі написав більшу частину розділу 3 і допоміг в підготовці розділу 5. Пан Ееро Лінакко підготував матеріали про досвід фінансування охорони здоров'я в Росії та Латвії. Пан Володимир Рудий систематизував матеріали про німецьку систему соціального медичного страхування в розділі 3 та про досвід Польщі в розділі 4. Пан Урйо Маттіла зробив вагомий внесок у написання розділу 3 в тому, що стосується фінської системи, а також написав підрозділи про досвід Чеської Республіки, Угорщини, Естонії, Болгарії та підсумував матеріали 4 розділу. Крім того, він доклав зусиль до підготовки 5 розділу, особливо в тому, що стосується методів оплати, бюджетування, контрактних відносин, і принципів планування інвестицій, а також підсумував огляд в цілому, написавши висновки і рекомендації в 6 розділі. Редакторами видання є Д-р Віталій Черненко, Голова Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, материнства й дитинства, та Д-р Володимир Рудий, Голова Секретаріату Комітету.

Я хотіла б висловити щире подяку усім експертам та партнерам проекту за зроблений ними вклад. Особливо я хотіла б подякувати членам Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства й дитинства за

їх активну участь у роботі проекту і за допомогу у досягненні поставлених перед проектом цілей.

Ця книга являється заключним документом проекту Taxis Bistro, здійсненого фінською компанією SOCON – фірмою, що надає консалтингові послуги в соціальній сфері та галузі охорони здоров'я, – в тісній співпраці з українськими партнерами. Книгу поділено на шість розділів.

В першому розділі дається опис чинної системи фінансування громадських закладів охорони здоров'я в Україні. Запропонований рівень деталізації має на меті продемонструвати жорстку регламентованість діючих на сьогодні механізмів. Далі, в розділі 2 робиться спроба визначити основні проблеми, притаманні цій системі фінансування. Після опису української системи автори пропонують ознайомитися з європейськими і американськими підходами до фінансування галузі охорони здоров'я (розділ 3), а також з досвідом колишніх соціалістичних країн центральної і східної Європи (розділ 4). Намір авторів полягав у тому, щоб продемонструвати, з одного боку, різноманітні підходи, які можна застосовувати для фінансування служби охорони здоров'я, і з іншого боку, подібність проблем, з якими стикаються управлінці в різних системах. У розділі 5 представлено можливі варіанти розвитку системи фінансування охорони здоров'я в Україні. В тій мірі, в якій це було можливо, в огляді були враховані останні події в процесі реформування галузі в Україні. Розділ 6 підсумовує огляд коротким повторенням основних тез обговорюваних ідей.

Я сподіваюсь, що книга **“ДОСВІД КРАЇН ЄВРОПИ У ФІНАНСУВАННІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ”** допоможе успішному проведенню реформи системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні.

Лютий 2002 р.

Паулііна Аарва
Директор компанії SOCON
Координатор проекту “Ознайомлення з
досвідом країн Європи у фінансуванні галузі
охорони здоров'я”

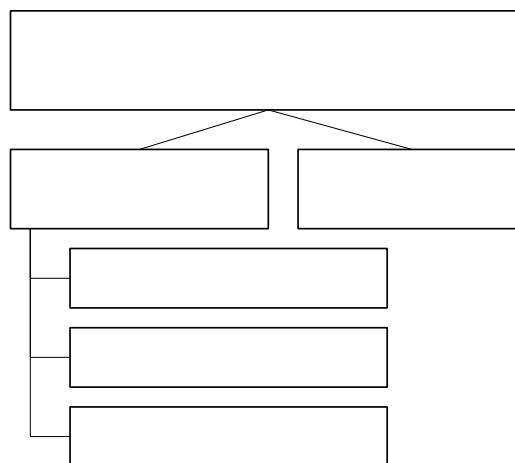
РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЧИННОЇ СИСТЕМ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Типи медичних закладів

Медичну допомогу громадянам України надають 24,2 тисячі громадських (державних) лікувально-профілактичних закладів та близько 3500 закладів недержавної форми власності. Останні в переважній більшості випадків є невеликими приватними практиками і надають – за винятком стоматології, – тільки незначну частину від загального обсягу послуг.

До громадських установ відносяться власне *державні* лікувально-профілактичні заклади, що визначаються окремим переліком Кабінету Міністрів України, перебувають у загальнодержавній власності і підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України; *комунальні* лікувально-профілактичні заклади, що перебувають у комунальній власності і підпорядковуються органам місцевої влади і місцевого самоврядування; і *відомчі* лікувально-профілактичні заклади, підпорядковані іншим міністерствам і відомствам: Міністерствам транспорту, внутрішніх справ, освіти та науки, праці, палива та енергетики, Службі безпеки України, Державному лікувально-оздоровчому управлінню, Національній академії наук, Академії медичних наук, Державному управлінню справами, Управлінню справами Верховної Ради України.



Конституція України стверджує право кожного громадянина на охорону здоров'я та проголошує, що у державних і комунальних закладах медична допомога фінансується державою і надається безоплатно.

Передбачається, що державне фінансування закладів охорони здоров'я забезпечує рівний доступ громадян до медичних послуг при рівній на те потребі, а також надання послуг в залежності від існуючої потреби, а не від здатності пацієнта за них платити.

Джерела фінансування

Джерелами фінансування медичної допомоги в Україні є:

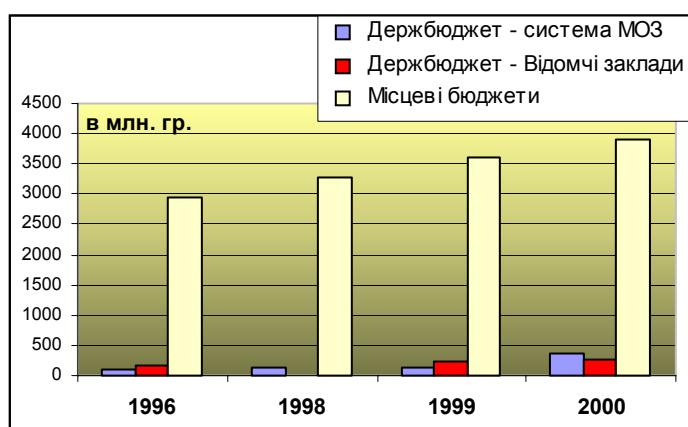
- 1). Державний і місцеві бюджети
- 2). Добровільні внески юридичних і фізичних осіб
- 3). Особисті (приватні) внески фізичних та юридичних осіб за послуги, надані медичним установами
- 4). Безпосередня плата (гонорари) за послуги медичним працівникам¹
- 5). Фонди добровільного медичного страхування

¹ Різниця між третьою та четвертою категорією пояснюється далі по тексту.

На момент підготовки даного огляду до друку Верховною Радою України розглядався проект закону про Загальнообов'язкове медичне страхування, в разі прийняття якого приведений перелік поповниться ще одним джерелом, а саме коштами фонду обов'язкового медичного страхування.

Всі громадські заклади охорони здоров'я є бюджетними організаціями, і як такі, фінансуються з бюджету: або з державного – державні і відомчі заклади (підпорядковані міністерствам і відомствам), або з місцевого – комунальні (підпорядковані органам місцевої влади і місцевого самоврядування). Бюджетні асигнування є основним джерелом фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я. На малюнку 1 представлено співвідношення між величинами асигнувань на охорону здоров'я з місцевих та державного бюджету

Малюнок 1. Величина видатків на охорону здоров'я з державного та місцевих бюджетів



Слід зазначити, що за період з 1997 по 2000 рік індекс інфляції склав 201% (тобто, ціни у 2000 році у порівнянні з кінцем 1996 року виросли в 2 рази)², з чого можна бачити, що реальні видатки у 2000 році склали лише 70 % від рівня 1996 року.

Загальні витрати на охорону здоров'я зі зведеного державного бюджету становили у 2000 році 3,2 відсотки від ВВП країни, але вже у 2001 р. вони за прогнозами склали тільки 2,7%³.

Оскільки бюджетне фінансування державних і комунальних закладів є недостатнім для задоволення усіх існуючих потреб громадськості в послугах з охорони здоров'я, закономірним є пошук цими закладами законодавчо прийнятних механізмів залучення додаткових ресурсів з інших джерел. Такими джерелами на сьогоднішній день є добровільні внески юридичних та фізичних осіб та фонди добровільного медичного страхування.

Добровільні внески в їх українському варіанті є нічим іншим, як замаскованою платою за послуги, яку, згідно із Конституцією, державні і комунальні заклади не мають права брати. Кошти, які раніше – до тлумачення Конституційним Судом статті 49 Конституції – вносились пацієнтами або від їх імені

² Кабінет Міністрів України. 2001р.

³ Стратегічні напрямки розвитку системи охорони здоров'я. Щорічний доклад Міністра охорони здоров'я про стан галузі. МОЗ, Київ, 2001.

організаціями на рахунок медичної установи як плата за послуги, тепер вносяться як добровіснні внески.

Цікавим є той факт, що відомчі медичні заклади, будучи підпорядкованими іншим міністерствам і відомствам, хоча вони і фінансуються з державного бюджету, не підпадають під згадане вище обмеження статті 49 Конституції України, а тому на законних підставах можуть надавати платні медичні послуги. В цьому відношенні вказані заклади мають номінальну конкурентну перевагу перед усіма іншими громадськими закладами, яка, однак, поступово мінімізується за рахунок взятого останніми на озброєння механізму залучення “добровіснних внесків”.

Добровісльне медичне страхування робить в Україні перші кроки і в загальній структурі джерел фінансування становить лише незначну частину.

Загальна ж величина позабюджетних надходжень у 2000 році складала 7,5% від обсягів бюджетного фінансування.

Крім передбачених законом механізмів залучення додаткових коштів в охорону здоров'я в Україні існують і такі, які можна описати як “існуючі поза рамками закону” або “неврегульовані законодавством”. Йдеться про ті платежі, які пацієнти здійснюють безпосередньо медичним працівникам за приділену ними пацієнтам увагу.

На сьогодні відсутні достовірні дані щодо загальних обсягів безпосередньої плати за послуги медичним працівникам у всій Україні, але згідно з окремими дослідженнями вона може прирівнюватись до суми усіх бюджетних асигнувань, а деколи і перевищувати їх⁴.

У 2000 році середня заробітна плата медичних працівників у громадських закладах охорони здоров'я була майже в два рази меншою від середньої по країні (155 гр. проти 296 гр.).

Що стосується закладів охорони здоров'я недержавної форми власності (тобто таких, що не є державними, комунальними або відомчими), то вони отримують кошти у вигляді плати за послуги, що ними надаються, або безпосередньо від пацієнтів, або з фондів добровісльного медичного страхування.

Хоча українське законодавство формально не забороняє використання бюджетних коштів на оплату медичних послуг, наданих приватними закладами охорони здоров'я, фактично доступ приватного сектора охорони здоров'я до громадських фондів (тобто, бюджету) стримується кількома чинниками.

По-перше, для закупки послуг у приватному секторі розпорядникам бюджетних коштів довелося б на відповідну суму зменшити фінансування громадських закладів, що в політичному плані є досить ризикованим кроком, особливо, зважаючи на хронічний стан “недофінансування галузі”, який проявляється у затримці виплати заробітної плати персоналові державних та комунальних закладів, бракові коштів на медикаменти, розхідні матеріали та нове обладнання.

По-друге, існує ціла низка визначених нормативними актами процедурних обмежень – наприклад, заборона приватним медичним закладам видавати листки непрацездатності; надзвичайно складна процедура отримання і використання наркотичних засобів, необхідних для проведення наркозу при

⁴ А. Літвак, В. Погорілий, М. Тищук; “Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні”. ВУЛТ. Одеса 2001.

хірургічних втручаннях, тощо, – які ускладнюють надання приватним сектором більшого обсягу послуг навіть при готовності приватного сектора інвестувати в галузь і готовності приватних осіб за ці послуги платити.

По-третє, українське законодавство не передбачає існування недержавних неприбуткових лікувально-профілактичних закладів. Тобто, будь-яка недержавна лікувально-профілактична установа розглядається як прибуткове підприємство і, відповідно, зобов'язане сплачувати податки на дохід. З іншого боку, ліцензовані медичні установи недержавної форми власності, зареєстровані як юридичні особи, мають право не сплачувати податок на додану вартість, як це має місце для інших підприємств.

Таким чином, на сьогодні громадські кошти (кошти державного бюджету) в Україні спрямовуються майже виключно на фінансування громадських закладів охорони здоров'я, в яких громадянам України і надається переважна більшість послуг.

Малюнок 2. Порядок фінансування закладів охорони здоров'я в Україні



Механізм бюджетного фінансування

Як уже зазначалось, розрізняють три види громадських лікувальних установ – державні, відомчі та комунальні. Перші і другі фінансуються з державного бюджету, треті – з місцевих бюджетів.

Державний бюджет України формується із надходжень за рахунок загальних податків, платежів і зборів (податку на додану вартість, податку на прибуток підприємств, митих зборів і т. ін.). Місцеві бюджети України формуються з місцевих податків і зборів (прибуткового податку з громадян, плати за землю, державного мита, плати за ліцензії та ін.). В Україні за рахунок загальних податків і зборів збирається значно більше коштів, ніж за рахунок місцевих податків і зборів. А тому місцеві бюджети в значній мірі залежать від

міжбюджетних трансфертів (безоплатної і незворотної передачі коштів з одного бюджету до іншого), які проводяться з метою забезпечення відповідності між повноваженнями, закріпленими за ними законодавством України, та бюджетними ресурсами, які повинні забезпечувати виконання цих повноважень. При розрахунку міжбюджетних трансфертів враховується місцевий податковий потенціал, тобто прогнозована здатність збирати закріплені за відповідним бюджетом податки, збори і платежі.

Обсяг видатків на охорону здоров'я територіальних бюджетів (обласного, міст обласного значення, районів) визначається на основі формули, яка затверджується Кабінетом Міністрів України і враховує фінансові нормативи бюджетної забезпеченості та коригуючі коефіцієнти до них, кількість мешканців території та індекс відносної податкоспроможності відповідної території. Це по суті означає, що кошти на охорону здоров'я до рівня місцевого бюджету виділяються в розрахунку на одного жителя (per capita). Фінансовими нормативами і коригуючими коефіцієнтами до них не враховується статеві-вікова структура населення території та особливості його стану здоров'я.

В рамках визначених таким чином загальних обсягів фінансування, органи державної влади або місцевого самоврядування приймають рішення про виділення асигнувань на діяльність відповідно підпорядкованих їм закладів охорони здоров'я.

Згідно із законодавством, заклади охорони здоров'я не можуть фінансуватись з кількох бюджетів. Ця норма відображує розмежування повноважень між органами місцевої влади і місцевого самоврядування різного рівня.

Незалежно від того, з державного чи місцевих бюджетів надходять кошти до ЛПЗ, процес виділення асигнувань є подібним і полягає у складанні кошторису установи на наступний рік згідно із прийнятим переліком статей видатків. Перелік статей регламентується нормативними документами Міністерства Фінансів, а величина асигнувань наприклад по такій статті як заробітна плата жорстко регламентується, по-перше, нормативами штатного розкладу, якими кількість штату стаціонарних лікувальних закладів ставиться у залежність від кількості ліжок, а амбулаторних – від кількості відвідувань, і, по-друге, так званою сіткою тарифних окладів, яка затверджується МОЗ сумісно з Мінфіном.

Таким чином, загальна сума бюджетних асигнувань, що будуть виділені лікувально-профілактичній установі, в першу чергу залежить від кількості штату в ній. Видатки на заробітну плату (включно з нарахуваннями на цеї) в загальній структурі бюджетних видатків на охорону здоров'я у 1999 році становили біля 65%.

Іншою значною по величині статтею видатків є комунальні платежі (за водопостачання, електропостачання, опалення). Далі йдуть статті видатків на придбання медикаментів, харчування хворих (для стаціонарів), придбання і ремонт медичного обладнання, капітальний ремонт і утримання закладів.

На початку процесу підготовки бюджету на наступний плановий рік розпорядник коштів (місцевий державний фінансовий орган) доводить до керівництва лікувального закладу граничні обсяги видатків із загального фонду бюджету, на які даний заклад може розраховувати в наступному році.

Приймаючи до уваги даний показник, установа розробляє свої бюджетні пропозиції – основною частиною яких є фонд оплати праці, – і надсилає їх

розпорядникові коштів. При розробці бюджетних пропозицій лікувальні заклади користуються нормативами, якими визначається кількість медичного персоналу в залежності від кількості наявних ліжок (для стаціонарів) або кількості відвідувань для поліклінік.

Після затвердження Верховною Радою України державного бюджету на наступний рік, проекти бюджетів всіх рівнів приводяться у відповідність із фактично асигнованими на охорону здоров'я коштами.

Оскільки звичним для України явищем за останні кілька років стало недовиконання дохідної частини бюджетів різного рівня, виникла необхідність проводити скорочення затверджених бюджетних призначень протягом поточного фінансового періоду. З метою соціального захисту медичних працівників, а також захисту інтересів пацієнтів було запроваджено поняття захищених статей видатків – статей, обсяг яких не може змінюватися при проведенні бюджетних скорочень.

Такими статтями є:

- оплата праці працівників бюджетних установ;
- нарахування на заробітну плату;
- придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів
- забезпечення продуктами харчування в ЛПУ

Можливість перерозподілу бюджетних асигнувань з однієї статті видатків на іншу по мірі виконання бюджету не дозволяється. Порушення цього правила визначається як нецільове використання бюджетних коштів і карається згідно з адміністративним, а інколи і карним законодавством.

РОЗДІЛ 2

ПРОБЛЕМИ ЧИННОЇ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Аналіз проблем чинної системи фінансування галузі охорони здоров'я доцільно проводити, виходячи з тих завдань, які перед собою ставить держава в даній галузі.

Трьома фундаментальними цілями, які переслідує уряд в сфері охорони здоров'я, прийнято вважати⁵:

1. **Забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг:** громадяни повинні мати доступ до певного гарантованого мінімального рівня послуг, в межах якого медична допомога повинна надаватись в залежності від потреби хворого в ній, а не в залежності від здатності хворого за неї платити. Крім того, громадянам повинен бути забезпечений певний ступінь захисту від фінансових наслідків хвороби, і плата за цей захист повинна залежати від доходу особи, а не від індивідуального ризику.
2. **Забезпечення мікроекономічної ефективності:** якість допомоги і ступінь задоволення пацієнтів повинні бути максимально можливими при мінімально можливих затратах ресурсів.
3. **Макроекономічний контроль за видатками в сфері охорони здоров'я:** сектор охорони здоров'я повинен поглинати "розумну" частку ВВП. Хоча сам по собі факт високого рівня видатків на охорону здоров'я або їх швидкого зростання ще не може бути виправданням для їх обмеження, воно може стати необхідним, коли державна політика або недосконалість ринку в сфері охорони здоров'я приводитимуть до надмірного постачання послуг.

Оскільки основним фокусом громадських дискусій навколо стану системи охорони здоров'я в Україні останнім часом була тема гострого браку коштів, розпочати аналіз варто буде саме з неї.

Загальний рівень видатків

Як уже зазначалось, згідно з офіційною статистикою на потреби охорони здоров'я в Україні протягом останніх років спрямовувалось біля 3% ВВП.

З одного боку, всяке судження щодо того, чи являється ця частка достатньою, є нормативним, тобто таким, що не передбачає відповіді типу вірно або невірно. Достатність в даному контексті залежить від історії, рівня економічного розвитку країни, ступеня сформованості в ній різних груп інтересів. Навіть у державах, які прийнято називати розвинутими, і які витрачають на охорону здоров'я понад 10% ВВП (наприклад, у США і Німеччині), цих коштів не вистачає на задоволення усіх існуючих потреб. Звідси слідує висновок – коштів бракуватиме завжди. Цим також пояснюється абсурдність терміну науково обґрунтована величина видатків на охорону здоров'я. Значно коректнішим був би термін соціально прийнятний для даної країни рівень видатків на охорону *здоров'я*. Аналізуючи величину асигнувань на

⁵ Howard Oxley, Maitland MacFarlan, 'Health Care Reform, Controlling Spending and Increasing Efficiency'; OECD, Paris 1994.

охорону здоров'я, можна говорити лише про їх порівнювальну достатність, тобто про те, як ситуація в даній країні порівнюється з іншими. І за цим показником Україна перебуває в групі далеко не самих розвинутих держав.

З іншого боку, вже сам факт існування так-званих “доброчинних внесків”, які є нічим іншим, як завуальованою платою “з кишені” хворого, а також надзвичайно поширеної, хоча і не передбаченої законодавством, практики виплати гонорарів медичним працівникам в громадських закладах охорони здоров'я є свідченням того, що суспільство не забезпечує достатнього рівня покриття ризику захворюваності. Іншими словами, рівень фінансування системи охорони здоров'я є недостатнім. Саме нездатність системи забезпечити за рахунок громадських коштів належний рівень надання допомоги змушує людей до пошуку альтернативних шляхів задоволення своїх потреб в охороні здоров'я.

Доступ до послуг отримують в першу чергу ті пацієнти, які можуть за них заплатити. А відсутність на сьогодні в Україні чітко визначеного переліку послуг, на безоплатне надання яких можуть розраховувати всі громадяни, в принципі сприяє субсидуванню багатих бідними – ті, хто платить, отримують послуги не тільки завдяки власним внескам, але й через перерозподіл ресурсів на їх користь за рахунок тих, хто не здатен заплатити.

Сьогодні законодавство обіцяє громадянам безоплатність послуг в громадських і комунальних медичних закладах, але сором'язливо не згадує про те, що ж є безоплатним, і цим самим компрометує саму ідею безоплатності і солідарності. Невизнання на законодавчому рівні обмеженості ресурсів має своїм наслідком правову незахищеність громадян перед реаліями української системи охорони здоров'я.

Оскільки на всі можливі види послуг коштів не вистачає, процес їх нормування насправді відбувається в будь-якому разі, навіть якщо політики і управлінці це заперечують. Проблема полягає в тому, що не маючи визначення на законодавчому і нормативно-правовому рівні, цей процес протікає поза рамками закону і тому призводить до згаданих зловживань.

Без розробки переліку гарантованого державою (або фондом соціального медичного страхування в разі його запровадження) набору лікувально-профілактичних послуг, який би вказував, які послуги надаються за рахунок громадських коштів, а які не надаються, відновлення соціальної справедливості в секторі охорони здоров'я бачиться недосяжною перспективою.

Ефективність використання ресурсів

Наступною важливою проблемою громадської системи охорони здоров'я в Україні є відсутність зв'язку між фінансуванням лікувальних закладів і кінцевими результатами їх роботи.

Бюджетні лікувальні установи в Україні мають “вроджене” право фінансуватись з бюджету. Підставою для виділення коштів цим установам є сам факт їх існування, а не те, наскільки успішно вони підтримують або поліпшують стан здоров'я громадян.

Український парадокс полягає в тому, що з двох лікарень, якими пролікована однакова кількість хворих і досягнуті однакові клінічні результати, більше головного болю буде у керівника того закладу, де хворі лікувались швидше – адже головним показником роботи є ступінь зайнятості ліжка.

Аналогічним чином, поліклініки не зацікавлені в тому, щоб громадяни були здоровіші а хворі лікувались швидше – навпаки, чим частіше вони відвідуватимуть поліклініку, тим кращою визнаватиметься її робота, яка оцінюється по кількості відвідувань.

Закономірним наслідком такої системи стимулів є невиправдане затягування строків лікування, госпіталізація хворих без істотної в цьому потреби, а також приписки в поліклініках (реєстрація фіктивних відвідувань).

В той час, як менеджери системи охорони здоров'я в переважній своїй більшості ставлять брак фінансування на перше місце серед причин незадовільного стану галузі, мало хто з них переймається думкою про те, що гроші повинні слідувати за створеною вартістю, а сама вартість створюється якісними послугами. Вони стверджують, що будь-яке покращення в секторі охорони здоров'я стане можливим тільки тоді, коли в нього вливатиметься достатньо грошей, і не завжди спрямовують свої зусилля на більш ефективне використання вже наявних коштів.

Справедливості ради слід відмітити, що така поведінка управлінців є наслідком існуючої системи фінансування закладів і без зміни цієї системи будь-які ініціативи менеджерів приречені на поразку.

Оцінка ефективності використання ресурсів вимагає порівняння витрат і кінцевого результату для кількох варіантів їх використання. В існуючій на сьогодні системі фінансування галузі охорони здоров'я така оцінка не проводиться. Сам принцип фінансування за статтями бюджетної класифікації виключає необхідність проведення такої оцінки. Величини статей визначаються за нормативами, які регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості галузі – кількість ліжок, медперсоналу, витрати на харчування і на медикаментозне забезпечення одного госпіталізованого пацієнта.

В принципі, при розробці згаданих нормативів приймаються до уваги потреби громадян в медичній допомозі. Ними враховуються показники захворюваності, терміни лікування і витрати ресурсів на лікування різних нозологій. Проблема, однак, полягає в тому, що статистичні дані, які використовуються для розробки і перегляду нормативів, є недостовірними, оскільки формуються на основі недостовірних звітів про ліжко-дні, тривалість перебування на ліжку і кількість відвідувань.

Аргументом на користь застосування нормативів є їх ефективність в контролі за загальною величиною державних видатків в галузі охорони здоров'я. Але ж існують і інші інструменти контролю за загальною величиною видатків. Крім того, стверджується, що нормативи запобігають нецільовому використанню коштів. Але цільове використання коштів, як його розуміють контролюючі фінансові органи, може бути позбавленим сенсу в розумінні ефективності їх використання.

Не враховано в нормативах і швидкого темпу розвитку медичної науки і технологій. Охорона здоров'я є галуззю економіки, яка в наш час значною мірою залежить від наукових і технологічних інновацій. Якщо технологічний розвиток призводить до змін у загальноприйнятій медичній практиці, це мало б знаходити своє відображення і у відповідних змінах напрямків потоків ресурсів. Існуючі нормативи по суті не враховують таких змін і не забезпечують потрібного перерозподілу (якщо, звичайно, не проводити перегляду нормативів при запровадженні кожної наступної інновації, що з практичної точки зору є неможливим)

Наприклад, методи ендоскопічної хірургії дали змогу проводити значно менш травматичні хірургічні втручання і відповідно скоротили період післяопераційної реабілітації. Але це ніяк не відобразилось на нормативах, що пов'язують між собою кількість ліжок хірургічних, гінекологічних та інших оперативних відділень з кількістю працюючого в них штату.

Існують не тільки науково-технологічні, а й соціально-політичні фактори впливу на систему охорони здоров'я, які не можуть бути адекватно відображені нормативами. Наприклад, в багатьох країнах лікування венеричних захворювань проводиться в амбулаторних умовах. В Радянському Союзі ці хвороби лікувались в умовах стаціонару з огляду на існуюче в той час бачення способу поширення цих хвороб і способу запобігання їм. Змінилися часи, змінилось розуміння середовища, в якому відбувається поширення цих хвороб, але не змінилися нормативи, згідно з якими визначається потреба в шкірно-венерологічних ліжках і в кількості медичного персоналу.

Подібних прикладів можна привести багато. Всі вони вказуватимуть на нездатність нормативів вчасно реагувати на зміни середовища, а отже і на їх неспроможність забезпечувати відповідний перерозподіл ресурсних потоків згідно з поточними потребами суспільства.

Отже, існуюча система постатейного фінансування не дозволяє прив'язати фінансові потоки до якості і кількості наданих послуг, а така прив'язка є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управління системою надання послуг з охорони здоров'я.

Без формального документування в угоді кількості послуг і спроби визначення їх якості у тих, хто надає ці послуги, по-перше, немає достатніх стимулів для покращення результатів лікування, а по-друге, з'являється більше можливостей для використання громадських ресурсів у власних інтересах.

В арсеналі менеджерів охорони здоров'я немає свободи вибору тих постачальників послуг, які пропонують і демонструють краще співвідношення вартості і якості. Існуюча система фінансування в принципі заперечує можливість такого вибору.

З цієї ж причини, на жаль, нормативи в тому вигляді, в якому вони існують на сьогодні, не сприяють і забезпеченню рівного і справедливого доступу до визначеного переліку послуг.

Ще одним чинником, який негативно впливає на ефективність використання ресурсів в системі охорони здоров'я в Україні є розподіл між різними бюджетами (державним, обласними, районними та бюджетами міста) відповідальності за фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня. Основним наслідком цього є те, що надання первинної і спеціалізованої допомоги є слабо координованим. Будучи підпорядкованими органам влади різного рівня, медичні заклади мають мало стимулів для узгодження своєї діяльності в інтересах пацієнтів.

Таким чином, проблеми (недоліки) діючої на сьогодні в Україні системи фінансування сфери охорони здоров'я полягають в наступному:

1. Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, яке проявляється, крім усього іншого, ще й значними особистими видатками громадян на медичні послуги.
2. Відсутність визначеного законодавством та нормативно-правовими актами переліку послуг, які повинні надаватись громадськими закладами

охорони здоров'я безоплатно при кожному даному рівні фінансування цих закладів.

3. Відсутність зв'язку між фінансуванням громадських закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їх роботи.
4. Неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах існуючої системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів.
5. Фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що є додатково ускладнює координацію надання допомоги.

РОЗДІЛ 3

ОГЛЯД ЄВРОПЕЙСЬКИХ ТА АМЕРИКАНСЬКИХ ПІДХОДІВ ДО ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Загальні принципи схем охорони здоров'я

Термін *соціальні схеми* в його загальному значенні означає схеми соціального страхування, але часто вживається також і означення інших видів соціальної допомоги або заходів. В країнах Європейського Союзу існує новий термін “соціальний захист”, який відноситься до соціального страхування, соціальної допомоги, соціальних послуг і т. ін. Ціллю запровадження цього нового терміну було подолати обмеженість, властиву термінові “соціальне страхування”. Таким чином, “соціальний захист” може бути визначений як “соціальне страхування в ширшому значенні”. В пропонованому матеріалі термін “соціальні схеми” вживається навіть у ще ширшому значенні, хоча термін “схеми” може його дещо обмежувати. Між тим, головна думка полягає в тому, щоб посилаючись на соціальні схеми використовувати якомога ширше їх розуміння. Термін “соціальні схеми” був започаткований у скандинавських країнах, де ним описуються всі можливі схеми, види допомоги, послуги та інші соціальні заходи, які є універсальними і доступними для всіх резидентів.

В таких універсальних скандинавських соціальних схемах всі особи, що проживають в даній країні, мають доступ до соціальної допомоги і послуг. А отже, ці права є універсальними. Усі – домогосподарки, діти, студенти, безробітні, пенсіонери, непрацюючі, – мають рівне право на соціальне страхування та інші блага. Залежність від інших людей є обмеженою.

Універсальні скандинавські соціальні схеми базуються на принципі солідарності. Це означає, що незалежно від того, з податків чи зі страхових внесків фінансується схема, користуються нею ті, хто має в цьому потребу. Ті, хто своїми внесками фінансує схему, платять за послуги не тільки для себе, але й для тих, хто може бути нездатний робити будь-які внески до системи. Наприклад, в системі соціальних пенсій за рахунок поточних внесків роботодавців та працюючих фінансується виплата пенсій тим, хто на даний момент досяг пенсійного віку. Це називається солідарністю поколінь. Головною рисою скандинавських соціальних схем є загальна основа солідарності.

Особливо у Фінляндії, де універсальна основа солідарності є дуже широкою, Міністерством соціального забезпечення і охорони здоров'я переслідується мета створення через соціальні схеми безпеки для всіх. Охоплюються всі особи, що проживають у країні. На практиці, безпека для всіх означає, що всі люди можуть планувати і будувати своє майбутнє створювати сім'ї і вирощувати дітей, знаючи, що навіть якщо трапиться щось несподіване (хвороба, нещасний випадок, інвалідність, втрата роботи, смерть годувальника і т. ін.), вони отримають лікування або іншу необхідну допомогу і зможуть підтримувати свій рівень доходу. Це допомагає їм планувати своє життя на довшу перспективу і бути впевненими в тому, що вони зможуть подолати важкі часи. Це означає захист, а оскільки ним охоплюються усі, то це означає захист для всіх.

В країнах центральної і південної Європи – членах ЄС соціальні схеми в переважній більшості, і особливо соціальне страхування, залежать не від факту проживання, а від місця роботи і від сплачених внесків. Цими схемами покриваються застраховані особи. Таким чином, схеми не являються універсальними, і не охоплюють всіх осіб, що проживають у країні, а тільки працюючих осіб і більшість тих, що працюють самі на себе. Члени сім'ї отримують своє право на соціальне забезпечення через соціальне страхування працюючого члена сім'ї. Не дивлячись на це, такі схеми також побудовані на принципі солідарності. Передбачувані цими схемами допомога або послуги надаються тим, хто їх потребує за рахунок тих, хто на даний момент платити, що найбільше проявляється у випадку пенсійного забезпечення. Саме тому ці схеми називають схемами “соціального страхування”. Термін “соціальне” відноситься до їх солідарної основи.

Аналізуючи особливості такого виду схем, можна помітити, що вони не створюють безпеку для всіх. Це вірно для тих випадків, коли враховуються тільки наймані працівники і ті, хто працює на себе, а також члени їх сімей. Очевидно, що велика категорія осіб залишається за межами цього кола. Все ж, більшість таких осіб також отримує соціальну допомогу в цих країнах. На практичному рівні, у всіх вказаних країнах існують спеціальні правила або схеми для забезпечення тих, хто залишається за межами загальноприйнятого страхування. Безробітні, пенсіонери і студенти отримують свої права на соціальну допомогу через спеціальні схеми. Існує також велика кількість соціальних схем, якими охоплюються сім'ї, одинокі матері, інваліди та інші групи осіб, які не можуть бути застраховані як працюючі. По суті, хоча такі схеми і не є універсальними, усі вони базуються на солідарності і на практиці ними досягається охоплення соціальною допомогою приблизно таке ж, як і універсальними схемами: вони забезпечують соціальний захист для всіх, оскільки майже всі є охоплені ними.

В багатих країнах є і такі соціальні схеми, що не базуються на солідарності, і не гарантують захисту для всіх. Найкращим прикладом є США, але є також і інші країни з подібними схемами. В США на принципі солідарності базується тільки основна пенсійна схема, схема медичного забезпечення для літніх людей Медікейр та деякі схеми на рівні окремих штатів. Головний принцип всієї системи соціального страхування та інших видів допомоги є захист тих, хто здатен за нього платити. На практиці, основний соціальний захист базується на приватному страхуванні. Приватне ж страхування базується не на солідарності, а на принципах страхування. Захист для всіх відсутній як такий і, по суті, сама ідея захисту для всіх невідома суспільству або не приймається ним.

Важливість страхування як такого не заперечується. Воно потрібне і повинно бути запроваджене всюди, де його поки-що немає. Але з точки зору соціальних схем і захисту для всіх, воно відіграє тільки допоміжну роль. Страхування дає захист тільки для тих, хто здатен платити за нього, всі інші залишаються неохопленими ним. Всі країни, що покладаються при забезпеченні своїх громадян лише на страхування, залишають значну частину населення за межами системи захисту. Всі країни, які ... всього населення, потребують соціальних схем. В таких країнах *захист для всіх* може бути довгостроковою ціллю, але

соціальні схеми, засновані на солідарності, повинні складати структурну основу.

Коли ведеться дискусія про соціальні права в колишніх соціалістичних країнах, які проводять реформування своїх соціальних схем, важливо бачити різницю між схемами, що базуються на солідарності, і такими, що засновані на страхуванні. Тільки перші забезпечують захист для громадян. Страхові схеми можуть прискорити розвиток економіки країни і сприяти розвитку ринків, але вони не допомагають людям в цілому. Вони забезпечують тільки тих, хто працює і може платити внески. Але тільки соціальні схеми, побудовані на принципі солідарності, забезпечують захист для всього населення. Можливо, на початку функціонування таких схем обсяг послуг є не досить великим і покриття далеким від загального, але солідарна основа створює можливості в довгостроковій перспективі розширювати схему в напрямку загального покриття. Страхові схеми завжди обмежуються колом тих, хто платить внески.

Говорити про різницю між цими двома підходами не мало б сенсу, якби вона так чітко не проявлялась в реальному житті. Широко відомо, що Світовий Банк, МВФ і навіть Організація Економічного Співробітництва та Розвитку віддають перевагу підтримці таких схем, які стимулюють економіку і розвиток ринку. У своїх нео-лібералістських підходах вони не бачать переваг, притаманних солідарним схемам, оскільки економіка і ринки є їх головними цінностями. Між тим, існує багато інших точок зору і підходів, які усвідомлюють довгострокові переваги стабільного суспільства, основних прав, хорошої освіти і захисту для всіх.

По суті, відмінності між підходами, що пропонуються колишнім соціалістичним країнам в соціальній сфері, є відмінностями між США з їх приватним страхуванням та європейськими країнами з їх побудованими на солідарності схемами. Неважко помітити, що в ході фінансованих Європейським Союзом проектів допомоги означеним вище країнам, пов'язаних із соціальною сферою, завжди пропонують підходи, засновані на принципах солідарності. Згадані ж міжнародні організації слідує підтримуватися США ідеології і підтримують схеми, засновані на страхуванні, оскільки такі схеми поширені у США і є сприятливими для бізнесу і ринків.

На теоретичному рівні не надто важко сказати, який з підходів є кращим і що слід робити. З практичної ж точки зору, немає сенсу доводити США, що їх соціальні схеми не забезпечують захисту для всіх, оскільки вони не будуються на солідарності (у США можуть бути свої аргументи на цей рахунок). Більш перспективнішим може бути спроба продемонструвати Світовому Банкові, МВФ та іншим відмінності між різними соціальними схемами при їх запровадженні у колишніх соціалістичних країнах. Необхідно якомога ясніше усвідомлювати наслідки запровадження схем, заснованих виключно на страхуванні. Як і те, що тільки солідарні схеми забезпечують захист для всіх громадян, тоді, як приватне страхування – тільки для достатньо багатих, здатних за нього платити. Саме тому, приватне страхування повинно відігравати тільки допоміжну роль. ЄС усвідомлює це і продовжуватиме свою підтримку вирішення соціальних задач саме через солідарні підходи.

3.2. Опис досвіду окремих країн

3.2.1. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ФІНЛЯНДІЇ

Населення – 5,1 млн. чол., витрати на систему охорони здоров'я – 6,9 % ВВП (середнє для ЄС – 8,0%), практикуючі лікарі на 10,000 населення – 29 (середнє для ЄС – 28,1), очікувана тривалість життя – 81 років для жінок (ЄС – 81 р.) та 74 роки для чоловіків (ЄС – 75 р.).

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються головним чином за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки). Крім того, приблизно половина роботодавців добровільно організують надання додаткових медичних послуг для своїх працівників.

Згідно із законом про **національну систему охорони здоров'я**, який було прийнято в 1972 р., всі особи, що проживають у Фінляндії, мають право на отримання медичної допомоги в рамках цієї системи. Планування національної системи і загальне керівництво нею здійснюється Міністерством соціальної допомоги та охорони здоров'я (МСДОЗ). Уряди провінцій контролюють закради охорони здоров'я на місцевому рівні. Безпосереднє керівництво службами охорони здоров'я, планування і надання послуг провадиться 455 міськими і сільськими муніципалітетами. Фінансування медичної допомоги здійснюється муніципальними радами за рахунок податку на дохід громадян, який вони мають право збирати. Крім того, муніципалітети отримують державні субсидії. Процес прийняття рішень, що стосуються питань охорони здоров'я, може відрізнитись від одного муніципалітету до іншого, проте загальна тенденція полягає у делегуванні цих повноважень до рівня так званих рад з питань охорони здоров'я та місцевого керівництва.

Планування медичних послуг є спільним обов'язком рад з питань охорони здоров'я, муніципальних рад та муніципального уряду. У всіх муніципалітетах старший персонал центрів охорони здоров'я також приймає активну участь в плануванні послуг. Більш як у 25% муніципалітетів ради з соціальних та медичних питань були об'єднані, і управління ними ведеться сумісно.

Місцевий орган влади, що займається організацією медичної служби, – це, як правило, комітет муніципалітету з питань охорони здоров'я. Муніципалітети можуть об'єднувати свої зусилля при наданні медичних послуг на місцевому рівні, а також співпрацювати один з одним.

Муніципалітети організують надання жителям громади лікарських послуг, проведення аналізів, медичної реабілітації, організація допомоги у сфері психічних захворювань, роботу швидкої допомоги, стоматологічну допомогу, медико-санітарну допомогу школярам, робітникам, тощо.

Закон про спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу стосується особливих видів послуг у сфері охорони здоров'я. Для цілей планування та надання спеціалізованої та високоспеціалізованої стаціонарної допомоги країна

поділена на 21 район, в кожному з яких є лікарні, які надають спеціалізовані послуги населенню. Муніципалітети або утримують власні лікарні, або об'єднуються з цією ціллю з іншими муніципалітетами

У кожному районі муніципалітети формують федерації, які володіють і керують цими лікарнями. В кожному районі є рада, до складу якої входять члени муніципалітетів, правління лікарні, що призначається радою, та виконавче управління, до складу якого входять директор районної лікарні, директор медичної служби та директор сестринської служби.

Права пацієнта регулюються законом про статус та права пацієнта. Згідно з цим законом, кожен житель Фінляндії має право на отримання медичної допомоги згідно з його потребою та у відповідності з наявними ресурсами. Якщо можливості надати медичну допомогу немає, і пацієнт повинен чекати, його повинні сповістити про причини затримки у наданні допомоги та приблизний час, коли її можна буде отримати. Пацієнта повинні сповіщати про його стан здоров'я, про природу та цілі допомоги, яка йому надається, а також про можливі її наслідки. Пацієнт повинен дати свою згоду на лікування. Якщо пацієнт не задоволений якістю лікування, він має право повідомити про це керівника закладу. Крім того, в штаті кожного медичного закладу повинен бути омбудсмен, в обов'язки якого входить допомагати пацієнтам відстоювати свої права. Цей закон також регулює правила введення медичної документації.

Закон про нещасні випадки з пацієнтом був прийнятий у 1986 році. Нещасним вважається випадок, що стався внаслідок проведення діагностичного дослідження, лікування або інших маніпуляцій з пацієнтом. Кожен заклад охорони здоров'я повинен мати страховку для покриття можливих нещасних випадків з пацієнтами. Заява щодо отримання компенсації може подаватися страховій компанії протягом трьох років з того часу, коли мав місце нещасний випадок.

Закон про медичне страхування розповсюджується на всіх осіб, що проживаються на території Фінляндії, незалежно від національності. До програми медичного страхування входять добові грошові виплати з приводу хвороби, вагітності та пологів, покриття медичних та транспортних витрат.

Приватні медичні послуги частково фінансуються **Національним фондом медичного страхування**, управління яким здійснюється **Інститутом соціального страхування (ІСС)** через програму медичного страхування. Тим не менше, значна частина коштів надходить від самих пацієнтів у формі співоплати. Приватні медичні послуги, як правило, надаються в міській місцевості. У сільській місцевості вони поширені мало. Державне медичне страхування покриває витрати на ліки, які приписує лікар (в т. ч. для амбулаторних хворих), лікарські гонорари, стоматологічну допомогу, діагностику і, а також витрати на дорогу, пов'язані з лікуванням.

Державні та приватні медичні послуги чітко розмежовані з метою запобігти фінансуванню тих самих видів медичної допомоги з двох різних джерел. Державна система медичної допомоги фінансується за рахунок загальних податків, а медичне страхування фінансується за рахунок відповідних внесків.

Розмежування здійснюється таким чином, щоб плата в центрах охорони здоров'я і в лікарнях не включалась в обсяг відшкодування за рахунок програми медичного страхування. Існують і інші умови покриття витрат в системі приватних медичних послуг, наприклад, допомога має надаватися в разі хвороби, вагітності або пологів, вона має бути виправданою, а вартість її обгрунтованою.

Згідно з Програмою медичного страхування гонорар лікаря покривається на 60% від фіксованої ставки, встановленої МСДОЗ. Фіксована ставка відстає від реальної, тому фактична компенсація складає приблизно 35%. Таким чином, фактично пацієнт має сплачувати більшу частину гонорару. Тому обсяги приватного страхування, яке гарантує повне покриття витрат на приватні медичні послуги, у Фінляндії зростають (особливо страхування дітей).

Програмами медичного страхування приватні медичні огляди і лікування покриваються на 75% від фіксованої ціни, що перевищує постійну співоплату у розмірі 80 марок (13 євро). Подібним чином покриваються витрати на лабораторні дослідження, фізіотерапію, послуги приватної медичної сестри, радіологічне обстеження і лікування та ін. Оскільки усі фіксовані тарифи відстають від реальних цін, фактична ставка компенсації складає від 25 до 40%.

Ліки також входять до програми медичного страхування, і їх вартість відшкодовується всім амбулаторним пацієнтам – як у приватній, так і у громадській системі. Умовами відшкодування вартості ліків є: а) їх виписка лікарем; б) відповідність їх ціни тарифам, встановленим комітетом по цінам при МСДОЗ. Якщо комітет не має угоди про помірну ціну даних ліків, вони не покриваються медичним страхуванням, і пацієнт сплачує їх вартість самостійно. Це створює проблеми, оскільки, наприклад, ефективні ліки проти хвороби Альцгеймера тільки частково покриваються медичним страхуванням. Для компенсації особливо дорогих ліків необхідна довідка спеціаліста, і, крім того, існує багато обмежень щодо компенсації цих, як правило, нових ліків. Попри постійні спроби тримати загальну суму витрат на ліки під контролем, щорічно вони зростають на 10% і перевищують 4 мільярди марок (680 мільйонів євро).

Існують три категорії компенсації витрат на ліки:

- а) базова компенсація складає 50% вартості, що перевищує 50 марок (8 євро)
- б) спеціальна компенсація має два рівні: 75% вартості, що перевищує 25 марок (4 євро) та 100% вартості, що перевищує 25 марок (9 євро).

Усі особисті витрати на рецептурні ліки, що перевищують 3300 марок (550 євро) на рік для однієї особи, повністю відшкодовуються пацієнтові. Це положення набуває все більшого значення, оскільки ціни на ліки різко зростають.

Стоматологічні послуги на сьогодні покриваються тільки для тих резидентів, що народилися не раніше 1946 року – їм відшкодовується 60% фіксованої вартості послуг. Стоматологічні лікування і профілактична допомога, а також лабораторні та радіологічні обстеження відшкодовуються на 75% від фіксованої ціни. Крім того, відшкодовуються витрати на дорогу до стоматологічної клініки.

Очікується, що в 2003 році витрати на стоматологічні послуги будуть відшкодовуватися всім жителям.

Для ветеранів війни стоматологічна допомога передбачається окремим законом. Ветеранам відшкодовується 100% витрат на терапевтичну і профілактичну допомогу, а також клінічні послуги по протезуванню. Технічна робота по протезуванню компенсується на 50%. Інші види стоматологічних послуг для ветеранів компенсуються на 60% від фіксованої вартості.

Дорожні витрати, пов'язані з хворобою, компенсуються програмою медичного страхування, але є і певні обмеження – співоплата складає 55 марок (9 євро) на одну поїздку. Компенсація виплачується за дорогу до найближче розташованого лікаря або закладу. Якщо потрібен супровід іншої особи, вона також отримує компенсацію витрат на дорогу. Поїздки повинні здійснюватися на найдешевшому виді транспорту (як правило, громадському). Якщо хворий користується таксі, швидкою допомогою або іншими спеціальними видами транспорту, він має отримати підтвердження лікувального закладу для того, щоб довести ІСС, що його використання було вимушеним і виправданим. Користування спеціальними видами транспорту може також бути виправданим при відсутності громадського транспорту. У сільській місцевості Фінляндії таксі можуть бути єдиним доступним видом транспорту.

Реабілітація

ІСС має право надавати реабілітаційні послуги з метою запобігання інвалідності та відновлення працездатності. Закон про реабілітаційні послуги, що надаються ІСС, спрямований на **поліпшення, підтримку, відновлення функціональності та працездатності** людини. Акт про реабілітаційні виплати передбачає грошову допомогу хворому на час періоду реабілітації. ІСС надає професійну реабілітацію непрацездатним особам, а також медичну реабілітацію особам, що мають тяжку ступінь інвалідності. Реабілітація осіб віком понад 65 років не покривається страхуванням.

Дискреційні послуги (фінансуються за рахунок щорічних бюджетних асигнувань) – це інші професійні або медичні реабілітаційні послуги (поширюються і на осіб віком понад 65 років). До них належать:

- індивідуальна реабілітація (лікування на курсах реабілітації, адаптація, психотерапія, нервовопсихологічна реабілітація)
- профілактика захворювань
- дослідження та впровадження

ІСС надає реабілітаційну допомогу перш за все людям працездатного віку. Муніципалітети також несуть відповідальність за реабілітацію (включаючи літніх осіб та пенсіонерів).

Ветерани війни проходять реабілітацію безплатно відповідно до закону 1988 року. Фінансування цього виду реабілітації передбачається щороку у державному бюджеті. Дружина або чоловік ветерана також може отримувати таку допомогу. ІСС також сплачує дорожні витрати. Дорожні витрати ветеранів, що проживають за межами країни, оплачуються державою.

Фінансування

Охорона здоров'я, як і соціальна допомога, фінансується в основному за рахунок державних коштів. При цьому муніципалітети надають приблизно 35% загального обсягу фондів. Приблизно 25% надходжень – це державні субсидії, що збираються за рахунок загальних податків. Фінансування за рахунок програми медичного страхування складає 15%. Решта коштів надходить з приватних джерел, а також за рахунок співоплати з боку пацієнтів. Приватне страхування забезпечує приблизно 2% загального обсягу фінансування.

Внесок на медичне страхування (з якого виплачується також грошова допомога по непрацездатності, і з приводу вагітності і пологів) – це процент заробітної плати, що виплачується робітником (1,5%) та роботодавцем (приватними – 1,6% та державними – 2,85%). Внески на медичне страхування є рівними для всього населення. Але оскільки ця програма передбачає відшкодування вартості приватних послуг, які не використовуються населенням у рівній мірі, це спричинило деяке занепокоєння щодо рівноправності (особливо сільські жителі мало користуються приватними послугами). Співоплата, в основному, пов'язана з відшкодуваннями витрат на період хвороби, але муніципалітети також можуть вимагати співоплату за стаціонарні та амбулаторні послуги. Як правило, один день перебування в лікарні коштує для пацієнта 135 марок (приблизно 22,5 євро). Хоча рівень співоплати не повинен виходити за межі, встановлені законом, її частка в загальному обсязі фінансування системи охорони здоров'я за останні роки збільшується.

Оплата лікарів загальної практики, що працюють в центрах здоров'я, здійснюється або через заробітну плату, або поєднанням зарплати (60%), подушної оплати (20%), плати за послугу (15%) та місцевих грошових виплат (5%). Рівень оплати обговорюється між Спілкою лікарів та Асоціацією муніципалітетів.

Муніципалітети сумісно володіють лікарняними послугами, представляючи інтереси населення. Таким чином, існує певна ступінь місцевої автономії в оплаті лікарняних послуг, яка в принципі є оплатою за кожену послугу. Крім того, лікарняні округи забезпечують механізми розподілу ризику, за якими населення здійснює внески в солідарний фонд для оплати в разі потреби дорогого стаціонарного лікування. Штат лікарні отримує заробітну плату. Найбільша частка загальних витрат на охорону здоров'я (близько 45%) припадає на стаціонарну допомогу. На амбулаторні послуги припадає 35 %, а на стоматологічні послуги та ліки по 10%.

Складність системи державного фінансування охорони здоров'я у Фінляндії визнається як проблема. Експерти постійно підкреслюють необхідність спрощення системи. Одним із основних питань є підвищення рівня конкуренції між надавачами медичних послуг та пошук стимулів для підвищення ефективності витрат. Зменшення ролі національного стратегічного планування та запровадження елементів конкуренції в систему охорони здоров'я все ще очікують своєї оцінки.

ОПИС СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХ ФІНАНСУВАННЯ В ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА США

Нижче подано загальний опис систем охорони здоров'я деяких європейських країн та США. Ці країни було обрано, по-перше, за типом їх систем охорони здоров'я для того, щоб можна було бачити різні рішення окремих проблем, і, по-друге, були взяті країни з великою територією для того, щоб їх можна було порівняти з умовами України. Всі описи мають однакову форму: спочатку наводяться деякі загальні показники охорони здоров'я, далі йде загальний опис системи охорони здоров'я і механізмів її фінансування, а потім дається певна оцінка практичному функціонуванню даної системи охорони здоров'я.

3.2.2. ФРАНЦІЯ

Населення – 58,7 мільйонів; витрати на систему охорони здоров'я – 9,6% від ВВП, практикуючих лікарів на 10 000 населення – 29; очікувана тривалість життя – 82 роки для жінок та 74,5 років для чоловіків.

Франція має складне поєднання приватного і державного секторів як у фінансуванні, так і в наданні медичної допомоги. Система базується на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка в значній мірі доповнюється добровільним страхуванням. Однак, в цілому система охоплює майже все населення країни. Широкий спектр і майже необмежений обсяг медичних послуг надається як на лікарняному, так і на амбулаторному рівні, а пацієнти мають свободу вибору надавача послуг. Населення Франції задоволене своєю системою охорони здоров'я. Показники середньої тривалості життя та рівня смертності є ліпшими за середньоєвропейський показник, незважаючи на споживання французами великої кількості алкоголю та тютюну.

Система охорони здоров'я у Франції в значній мірі регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. Міністерства соціальних справ та охорони здоров'я є основними органами, які відповідають за політику у сфері охорони здоров'я на національному рівні і яким підпорядковані Адміністрація по контролю за ліками та Адміністрація по контролю за препаратами крові. Вища комісія з питань громадського здоров'я, яку очолює міністр охорони здоров'я, формулює цілі у сфері охорони громадського здоров'я. ANAES, національне агентство з акредитації лікарень та питань медичної оцінки, займається проведенням оцінки медичної практики та економічними показниками в сфері охорони здоров'я.

На місцевому рівні є 22 регіональних бюро з питань охорони здоров'я та соціальних справ (DRASS). Їх основною функцією є планування медичних та соціальних послуг шляхом проведення щорічного бюджетного контролю, а також моніторинг “планів охорони здоров'я”, в яких встановлюється обсяг ліжкового фонду по спеціальності та типу медичної допомоги, а також правила встановлення дорогого медичного обладнання. Бюро також контролює стаціонарні лікувальні заклади та регіональні лікарняні каси.

Загальний доступ до медичних послуг гарантується національною системою медичного страхування (НМС), яка є частиною системи обов'язкового соціального забезпечення. НМС, контрольоване Міністерством соціальних справ, покриває 99% населення країни. Страхування здійснюється через різні програми в залежності від професійної належності особи. Загальна програма покриває приблизно 80% населення, в основному це працівники торгівлі та промисловості, а також члени їх сімей. Решта населення застрахована через програми для робітників сільського господарства, незалежних професій та окремих груп працівників (наприклад, державних службовців, лікарів та студентів). Найбідніші верстви населення мають право отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій. Покриття НМС не є всеохоплюючим, в зв'язку з чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування (Mutuelles), або через приватне страхування. Основною ціллю є покриття більшої частини тих витрат, які не відшкодовуються фондами державного страхування після того, як пацієнт сплатив початковий рахунок.

Різні програми обов'язкового медичного страхування надають аналогічну допомогу, забезпечуючи фінансове покриття широкого спектру діагностичних та терапевтичних послуг як на стаціонарному, так і на амбулаторному рівні. НМС відшкодовує витрати тільки на ті послуги, які внесені до реєстру, і призначаються лікарем.

Двадцять сьомого липня 1999 року було прийнято закон про запровадження загальних медичних послуг. Цей закон має назву "Загальне медичне страхування" і гарантує базовий обсяг медичних послуг всім громадянам Франції, включно і тих, що раніше не мали на це права, а також право на додаткові медичні послуги для тих громадян, які мають дуже малий прибуток. Основний обсяг послуг надається так званим Загальним режимом соціального забезпечення. Додаткові послуги є ширшими і надаються безплатно. Відшкодування виплачується страховиком безпосередньо надавачеві медичних послуг.

Фінансування

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників – 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% з працівника. (Внески йдуть також на покриття грошової допомоги по непрацездатності, вагітності та пологам, а також за інвалідністю та смертю). На даний час НМС покриває 74% всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства покривають приблизно 7%, а приватні страховики – 5% витрат на охорону здоров'я. Менше ніж 3% надходять зі зборів загальних податків, а решта – більше, ніж 13%, - надходить за рахунок співоплати з боку пацієнта.

НМС відіграє основну роль у встановленні рівня оплати послуг приватних лікарів та приватних лікарень. Уряд визначає рівень фінансування державних лікарень. З 1985 року державні та приватні лікарні, які беруть участь у програмах НМС, фінансуються методом глобального бюджету, що базується на

витратах попереднього року. Фінансування здійснюється шляхом по-добової оплати послуг, але робляться також спроби запровадити метод клініко-статистичних груп. Капіталовкладення регулюються регіональними планами охорони здоров'я. Всі працівники державних лікарень отримують заробітну плату, персонал приватних лікарень, як правило, отримує оплату за кількістю наданих послуг. Приватні прибуткові лікарні фінансуються на основі поєднання подової оплати та оплати за окремі послуги в межах глобального бюджету. Державні лікарні є більшими за приватні лікарні. Вони, як правило, добре оснащені і мають можливості для проведення досліджень та навчання студентів-медиків. Вони забезпечують близько 2/3 всіх лікарняних ліжок. Трохи більше половини ліжок приватного сектору охорони здоров'я належать прибутковим лікарням, решта знаходяться у приватних неприбуткових лікарнях.

Лікарі в амбулаторних закладах, які мають контракти з національним фондом страхування, отримують оплату за послуги згідно з тарифами, погодженими між медичними спілками, лікарняними касами та урядом. Ще одна група лікарів вирішила вийти з програми державного страхування; вони встановили свої ціни на послуги, які можуть перевищувати тарифи в національній системі в середньому на 50%, при цьому різницю оплачує пацієнт.

Фармацевтичні препарати включені до переліку ліків, видатки на які відшкодовуються. Ціни та рівень відшкодування визначається наказом міністерства. Безрецептурні ліки, вартість яких не покривається страхуванням, не підлягають регулюванню. Прямі платежі пацієнтів за ліки складають в середньому 20%, хоча вони можуть коливатись від нуля (за необхідні ліки) до 65% за так звані "ліки комфорту". У Франції не існує бюджетного ліміту витрат на фармацевтичні препарати, а також обмежень на видачу рецептів.

Для фінансування нової Програми загального медичного страхування створено фонд, який забезпечує додаткове покриття. Він фінансується державними субсидіями – медичними субсидіями, які раніше надавались регіону, – та 1,75% страховим внеском, що сплачується Mutuelles, закладами і страховими компаніями від суми їх глобального медичного портфеля. Цей фонд перераховує організаціям соціального забезпечення грошову суму, яка рівна витратам, понесеним у відповідності до Програми загального медичного страхування. Фонд також перераховує Mutuelles, закладам та страховим компаніям фіксовану суму на одного реципієнта страхової допомоги загального медичного страхування, яка дорівнює 229 Євро на рік.

Оцінка

Протягом останніх десятиліть витрати на охорону здоров'я зростали швидше, ніж економіка Франції. Ця система є однією із найбільш дорогих в Європі. Було здійснено ряд політичних ініціатив з метою стримування витрат, в основному, шляхом збільшення надходжень та зменшення видатків. Однак, досягти довготривалої стабілізації витрат не вдалося. У той же час, для охоплення страхуванням всіх прошарків населення запроваджене "загальне медичне страхування", яке краще охоплює найменш заможні верстви населення.

Закон про фінансування містить низку заходів, спрямованих на стримування росту витрат на охорону здоров'я, таких, як надання фармацевтам права замінювати ліки генериками, і тим самим забезпечуючи нові грошові надходження до фармацевтичних лабораторій. Однак, стратегії стримування витрат, спрямовані на зменшення незадоволення населення, стали розглядатись медичними працівниками, – що традиційно мають дуже ліберальні умови незалежної медичної практики, – як перепона для надання медичної допомоги.

3.2.3. НІМЕЧЧИНА

Населення – 81 мільйон; витрати на охорону здоров'я - 10.6% ВВП; кількість практикуючих лікарів на 10 000 населення – 34; очікувана тривалість життя – 81 рік для жінок та 75 років для чоловіків у цілому по країні, – на сході ці показники нижчі.

З 1945 до 1990 року Німеччина була поділена на Східну і Західну і мала дві окремі системи охорони здоров'я. З часу об'єднання східна система охорони здоров'я була реформована за прикладом організаційної і фінансової структури західної, яка являє собою модель обов'язкового соціального страхування. Система не зазнала суттєвих структурних змін з тих часів, як Бісмарк заклав її основу в 1883 році. Хоча вона значно розширилася і були проведені деякі корінні реформи в структурі медичного страхування.

Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг, в той час як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель. Федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якому підпорядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших).

Системою обов'язкового медичного страхування охоплює біля 88% населення (з них 13% - добровільно). Працівники, що мають річний дохід нижче певного встановленого рівня (78 300 німецьких марок у 2001 р.) повинні обов'язково бути учасниками системи. Ті, чий дохід перевищує встановлений поріг, можуть добровільно бути членами системи обов'язкового страхування або застрахуватись в одній із 45 приватних страхових компаній. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці застраховані через свого роботодавця. Непрацюючі члени сім'ї є застрахованими через того члена сім'ї, який працює.

Фінансування

Програма фінансується за рахунок внесків працівників та роботодавців. Розмір усіх внесків у середньому складає 13,52% (у східних землях 13,92%). Працівник завжди платить 6,76% (на Сході – 6,96%) своєї заробітної плати, роботодавець в середньому платить той же процент, але ця ставка є різною для різних земель та

фондів і коливається в межах 4,75 – 7,5%. Приблизно 60% фінансування надходить від обов'язкових або добровільних внесків, 21% - від загальних податків, 7% - за рахунок приватного страхування, а решта 12% покриваються прямими платежами з боку пацієнтів. Покупці медичної допомоги (лікарняні каси) і надавачі послуг відділені один від одного. Тарифи на послуги встановлюються в процесі переговорів, що проходять між основними учасниками системи надання послуг.

Лікарні, як приватні так і державні, що входять до схем, прийнятих землями, фінансуються подвійним чином: передбачається покриття капітальних витрат урядом землі, а оперативних витрат – лікарняними касами. Оперативні витрати в рамках обов'язкового медичного страхування фінансуються на основі комплексних розрахунків, які включають оплату за окремі випадки захворювань (клініко-статистичні групи), оплату за процедури та добові витрати відділення. Лікарняні послуги для приватно застрахованих покриваються у відповідності до окремих тарифів. Співоплата за лікарняні послуги поступово зростала протягом 90-х років. Оскільки принцип повного покриття витрат було скасовано, лікарні можуть зазнавати збитків або отримувати прибуток.

Амбулаторна допомога фінансується методом оплати окремих послуг, тарифи на які в балах встановлюються під час складного процесу переговорів між представниками лікарняних кас та асоціаціями лікарів і стоматологів. Для надання послуг членам лікарняних кас лікарі повинні вступити у відповідні асоціації. Основним механізмом покриття витрат є оплата за послугу лікарю загальної практики, спеціалісту та стоматологу. Існує федеральний тарифний план – Єдиний Стандарт Оцінки. Фактична грошова вартість послуг визначається на регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів. Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу.

У Німеччині встановлені єдині ціни на ліки. Вартість більшості препаратів відшкодовується на основі системи реферативних цін. Лікар має право виписати хворому більш дорогий продукт, але пацієнт повинен буде заплатити різницю між фактичною ціною ліків і реферативною ціною. Незважаючи на поступовий ріст цін, рівень співоплати за ліки є одним із найнижчих у ЄС.

Оцінка

Системі вдалося охопити всі верстви населення і забезпечити йому рівний доступ до великого обсягу сучасних медичних послуг. Більшість населення вважає цю систему дуже або доволі ефективною. Причину такого успіху бачать у децентралізованому механізмі прийняття рішень і ефективній системі переговорів між надавачами послуг та платниками (лікарняними касами) на національному, земельному та місцевому рівнях. Однак, система має деякі суттєві проблеми. Старіюче населення створює загрозу для стабільності механізму соціального забезпечення, заснованому на поточних внесках працюючого покоління. Враховуючи зростання витрат на охорону здоров'я і їх рівень – і в розрахунку на душу населення, і як частку ВВП, – система охорони здоров'я в Німеччині є однією з найдорожчих в ЄС. В зв'язку з цим, використання ресурсів необхідно оцінювати в контексті завдання стабілізації

витрат, а також з точки зору підвищення ефективності їх використання, що потребує проведення реформи системи охорони здоров'я.

У 90-х роках законодавством Німеччини передбачалось два основних механізми стримування витрат. Перший полягав у посиленні контролю за витратами на центральному рівні, інший – у незалежному пошуку лікарняними касами механізмів посилення конкуренції між надавачами медичних послуг. Таким чином, система охорони здоров'я Німеччини все ще знаходиться на роздоріжжі між регулюванням і децентралізацією механізмів фінансування та організації охорони здоров'я.

Останнім часом відбулися, наприклад, такі зміни: знизилась співплата пацієнтів за ліки, зменшилися витрати хронічно хворих та на психотерапевтичне лікування, поліпшився доступ до стоматологічної допомоги, зросли розміри внесків на медичне страхування, але не для пацієнтів. Приведений перелік свідчить про те, що весь час відбуваються певні поліпшення системи з точки зору послуг для пацієнтів.

3.2.4. НІДЕРЛАНДИ

Населення – 15,8 мільйонів; витрати на охорону здоров'я – 8,6% ВВП; кількість практикуючих лікарів на 10 000 населення – 29; очікувана тривалість життя – 81 років для жінок і 75 років – для чоловіків.

Система охорони здоров'я Голандії фінансується в більшій частині за рахунок поєднання соціального та приватного страхування, при цьому соціальним страхуванням покривається 64% населення, а приватним – 31%. Національна програма страхування (НПС), яка є обов'язковою для всього населення, передбачає страхування у разі нещасних випадків, хронічних захворювань, інвалідності, психіатричної та довгострокової допомоги. Приватний некомерційний сектор, а також громадяни, що забезпечують себе роботою самостійно, відіграють значну роль в наданні медичної допомоги.

Програма обов'язкового соціального страхування (ПОСС) забезпечується приблизно 40 лікарняними касами і охоплює близько 64% населення країни. Існує поріг доходу, який виключає з цієї програми значну частину населення (близько 31%) – в основному групи населення з вищими доходами, а також осіб, що працюють самі на себе. Вони повинні купувати приватну медичну страховку для покриття витрат на випадок гострих захворювань. Державні службовці, які складають приблизно 5% населення країни, застраховані спеціальною обов'язковою програмою, послуги в рамках якої є більшими за обсягом, ніж у системі ПОСС. Крім того, члени фондів соціального медичного страхування можуть купувати доповнюючу страховку для покриття додаткових ризиків. Біля 90% членів лікарняних кас користуються додатковим страхуванням для покриття вартості стоматологічних послуг.

Міністерство громадського здоров'я, добробуту і спорту є головним органом, що відповідає за планування і реалізацію політики у сфері охорони здоров'я. Програма соціального страхування також входить до компетенції цього

міністерства. Міністр визначає розміри страхових внесків (залежать від доходу особи) до лікарняних кас, враховуючи думку Ради лікарняних кас. Міністр також відповідає за планування процесу надання медичних послуг і має повноваження схвалювати інвестиції у капіталомісткі медичні технології та створення нових лікарняних відділень. Міністр також має право остаточного голосу при визначенні розмірів оплати, угодженої між лікарняними касами та лікарями, а також тарифами на послуги лікарень. Всі бюджетні рішення підлягають схваленню Парламентом. Національна консультативна рада з питань громадського здоров'я, Рада лікарень та Рада з питань здоров'я є напівурядовими організаціями, що надають консультації Міністерству.

Фінансування

Соціальне страхування є домінуючою формою фінансування системи охорони здоров'я в Нідерландах, покриваючи приблизно 70% витрат на охорону здоров'я. Приватне страхування покриває приблизно 13% всіх витрат. Фінансування доповнюється прямою співплатою пацієнтами та урядовими субсидіями. Міністерство подає до схвалення Парламентом загальний бюджет витрат на охорону здоров'я. Крім того, для деяких секторів системи охорони здоров'я встановлені планові показники витрат, наприклад, для стаціонарної і амбулаторної допомоги.

Внески до лікарняних кас базуються на розмірі доходу і сплачуються, в основному, роботодавцем (5,6% фонду оплати праці); розмір внеску працівника є значно нижчим (1,55% валового доходу). Існує верхня межа доходу для внесків, що складає 29,314 євро на рік. Управління та розподіл внесків здійснюється через центральний фонд, і відбувається за принципом подушного фінансування з часковим урахуванням ризиків. Крім того, члени каси сплачують незначну фіксовану суму, яка встановлюється кожною лікарняною касою окремо (в середньому – 180 євро). Цей фіксований внесок покриває приблизно 10% всіх витрат на охорону здоров'я.

Лікарняні каси можуть конкурувати за якістю та обсягом послуг. Це стало можливим в 90-х роках. Конкуренція в сфері приватного страхування має давнішу історію. Приватні страховики особливо знайомі з конкурентним механізмом встановлення страхових внесків, а також з правами на отримання медичних послуг та поняттям якості медичної допомоги. Сума внеску на приватне страхування визначаються індивідуально і залежить, перш за все, від віку особи. Розмір плати за послуги обговорюється між лікарняними касами або приватними страховиками та надавачами медичних послуг, з яким укладено контракти. Максимальний рівень оплати встановлюється центральним урядом, але можуть вестися переговори про більш низькі тарифи.

Фінансування лікарень здійснюється методом глобального бюджету, що визначається кожною Радою округу. Проект бюджету розраховується для кожної лікарні окремо, виходячи з планованого обсягу діяльності та очікуваних витрат на капіталовкладення та штат. Також приймається до уваги функціональна різниця між відділеннями лікарні та відповідна різниця у витратах. Бюджет розраховується Центральною радою з питань тарифного

контролю (ЦРТК). Лікарі, що працюють в лікарнях, отримують оплату за надані ними послуги на основі тарифів, встановлених ЦРТК.

Приватні лікарі загальної практики отримують подушну оплату у відповідності до програми лікарняної каси, і оплату за послуги для пацієнтів, що мають приватну страховку. Спеціалісти отримують оплату, що поєднує подушне фінансування і оплату за послуги при виконанні спеціальних медичних втручань та проведенні діагностики. Спроби зменшити рівень оплати спеціалістів мали незначний ефект внаслідок того, що збільшувався обсяг наданих послуг.

Витрати на фармацевтичні препарати покриваються згідно з так званим “позитивним переліком”. Індикативна система цін для схвалених ліків була введена у 1991 році. Вона розробляється незалежним комітетом, який звітує Асоціації лікарняних кас. Пацієнти мають сплачувати різницю між фактичною ціною ліків та індикативною ціною. Співоплата за рецептурні ліки складає в середньому 8% загальних видатків на ці ліки. Крім того, співоплата пацієнтами вноситься за стоматологічні послуги, медичні засоби та у будинках догляду.

Оцінка

Голандці є досить задоволеними своєю системою охорони здоров'я у порівнянні з населенням інших країн Європи. В ході опитування (1997 рік) 72,8% респондентів були дуже або достатньо задоволені системою охорони здоров'я, в той час як середній показник для ЄС становить 50,3%. Однією із сильних сторін системи є надання всеохоплюючої амбулаторної допомоги та довгострокової медичної допомоги особам похилого віку. Стимування витрат на ліки було особливо вдалим, а витрати на охорону здоров'я, як частка ВВП, залишалися стабільними протягом 90-х років – десятиріччя реформ у сфері охорони здоров'я.

І все ж, питання всеохоплюючого страхування залишається актуальним. Сумісне існування приватного і соціального страхування з різними рівнями якості і обсягами базових та додаткових послуг викликали дискусію про зближення цих двох систем. Уряд країни намагається заохочувати розробку рекомендацій для ефективного і доцільного використання ресурсів в сфері охорони здоров'я, хоча це є основним обов'язком надавачів медичних послуг та їх наукових асоціацій, а також страховиків. Поліпшення якості медичної допомоги вимагає об'єднання зусиль усіх сторін для розробки і моніторингу стандартів медичної допомоги.

3.2.5. ВЕЛИКА БРИТАНІЯ

Населення – 60 мільйонів; витрати на охорону здоров'я – 6,7% ВВП; кількість практикуючих лікарів на 10 000 населення – 16; очікувана тривалість життя – 80 років для жінок та 75 років – для чоловіків.

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги (охоплене все населення країни) з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, яка

фінансується в основному за рахунок податків. Послуги надаються всім верствам населення і, в основному, на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах НСОЗ, за винятком лікарень у тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору. Для деяких груп населення також існує певна співплата за стоматологічну допомогу, а також плата за фармацевтичні препарати – за один пакет, прописаний лікарем. Пацієнти мають свободу вибору своїх лікарів.

Спочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак, ця організація була в значній мірі змінена в 90-х роках. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений “внутрішній ринок”. Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров’я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і надання можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Однак, фінансування цієї системи залишилося за державою (державний бюджет).

Фінансування

НСОЗ фінансується за рахунок системи загального оподаткування (95%) та інших платежів (5%) в рамках загального бюджету, який розробляється Міністерством і ухвалюється Парламентом. Обсяги додаткового приватного страхування збільшилися в 90-х роках, але їх частка складає лише деякий відсоток від загальних витрат.

Система оплати лікарям загальної практики є комплексним поєднанням гонорарів та цільових виплат, які визначаються їх контрактами. Основною формою оплати є подушна оплата за кожного пацієнта даного лікаря. Рівень оплати залежить від віку пацієнта. Деякі послуги (наприклад, контрацепція або вакцинація) оплачуються окремою статтею. Крім того, існують заохочувальні платежі з метою, наприклад, досягнення планового показника з імунізації. Лікарі загальної практики-фондотримачі, які складають приблизно половину всіх лікарів загальної практики, отримують бюджет для надання первинної медико-санітарної допомоги та придбання всіх видів спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги для прикріпленого контингенту пацієнтів. Фондотримачі не можуть збільшити свій дохід, але можуть повторно вкласти свої грошові збереження. Стоматологи, в основному, отримують оплату за послугу.

Вартість фармацевтичних препаратів не відшкодовується. Ціни встановлюються виробниками, але прибутки контролюються центральним урядом. Вартість ліків, які видаються без рецепту, повністю оплачує пацієнт; спільна оплата вартості ліків, що видаються за рецептами, збирається на основі єдиної ставки, при цьому в середньому 24% ціни ліків сплачує пацієнт. Контрацептиви видаються безкоштовно. Широко заохочується використання ліків, що не мають

торгового знаку. Оплата аптекарям встановлюється на основі домовленості між центральним урядом та представниками цієї професії.

Оцінка

В результаті реформи 90-х років стало очевидно, що первинна медико-санітарна допомога та лікарі загальної практики, як і раніше, працюють ефективно. Акцент на первинному рівні допомоги завжди вважався сильною стороною системи, тому він був збережений і після проведення реформи. Однак спеціалізована допомога, за деякими оцінками, вважається проблемним сектором, так як на неї не вистачає ресурсів. Стаціонарні хворі знаходяться на списках очікування, що, можливо, є результатом недостатньої координації роботи лікарів загальної практики і лікарень, а також міжлікарняної діяльності. Обсяг приватних послуг збільшується, але, наприклад, є тільки 6% ліжок для надання невідкладної допомоги. Це лише трохи більше, ніж обсяг приватного сектору взагалі.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування отримання лікування, так як приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування пацієнта і графік відвідування хворих є більш гнучким. Крім того, працівник має можливість продовжувати виконувати деякий обсяг своєї роботи. Вибір консультанта, який особисто проводить лікування, також сприяє ранній діагностиці стану хворого.

3.2.6. ІТАЛІЯ

Населення – 57 мільйонів; витрати на охорону здоров'я – 6,9% (середнє для Європейського Союзу – 7,7%); кількість практикуючих лікарів на 10 000 населення – 17 (середнє для Європейського Союзу – 28,1); очікувана тривалість життя – 81,3 років для жінок (ЄС – 80,8 років) та 74,9 для чоловіків (ЄС – 74,5 років).

Національна служба охорони здоров'я Італії (НСОЗ) була заснована в 1978 році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які, в основному, надаються безоплатно. Фінансування системи охорони здоров'я носить переважно державний характер – за рахунок загального оподаткування та соціального страхування. Надання послуг змішане – послуги надаються як державними, так і приватними закладами. Система охорони здоров'я Італії є вкрай децентралізованою у порівнянні з її прототипом, англійською НСОЗ. Парламент встановлює мінімальний гарантований обсяг послуг для всієї країни, і визначає умови, за якими населення може отримувати послуги від приватного сектору. Реалізація, планування, фінансування та моніторинг системи охорони здоров'я здійснюються 21 регіонами. Система є дуже фрагментованою внаслідок частих змін уряду та недостатньої координації на центральному рівні.

Медичні послуги не досягають середнього рівня ЄС. Існує значна різниця між рівнями медичної допомоги на півночі та півдні країни на користь північної частини. Однак, рівень розподілу ресурсів є дуже високим з точки зору як

капіталу, так і людських ресурсів, що призводить до неефективного розподілу, управління і використання ресурсів. У порівнянні з іншими країнами ЄС, населення країни незадоволене системою охорони здоров'я.

Незважаючи на значні проблеми у забезпеченні рівної і ефективної медичної допомоги а фінансування, загальні показники здоров'я населення є хорошими у порівнянні з середніми показниками ЄС. Крім того, Італія має видатну медичну експертизу у деяких сферах охорони здоров'я.

Національна служба охорони здоров'я Італії забезпечує універсальне надання послуг населенню. Управління системою дуже забюрократизоване, має три рівня (державний, регіональний та місцевий). Основна структура Національної служби складається з регіональних урядів та Місцевих відділів охорони здоров'я. Італія поділена на 21 регіон, включаючи автономний регіон Трентіно/Альто Адіже, до якого входять провінції Тренто та Больцано. Регіони поділені приблизно на 320 місцевих органа охорони здоров'я, включаючи 90 державних лікарень, які мають самоврядування. Місцеві відділи охорони здоров'я керують наданням медичних послуг. У деяких регіонах надання медичних послуг має сильну горизонтальну інтеграцію з місцевими відділами охорони здоров'я, які надають і придбають всі медичні послуги в межах даної території. Таким чином, місцеві відділи охорони здоров'я є центром діяльності в сфері охорони здоров'я, а регіони виконують директивні функції через конкретні регіональні плани. Забезпечення надання медичних послуг на регіональному рівні входить до функцій виборчих рад, при цьому механізми фінансування встановлюються на місцевому рівні.

Роль центрального уряду в Римі є обмеженою, так як регіони мають значний ступінь автономії і займаються плануванням, фінансуванням, моніторингом та контролем надання медичної допомоги в межах своїх територій. На центральному рівні виконуються дві основні функції: визначення глобальних ресурсів охорони здоров'я та їх розподіл між регіонами на основі подушного фінансування – після схвалення Парламентом, та визначення мінімального обсягу послуг, який надається регіонами. Національна рада з питань охорони здоров'я, до складу якої входять представники уряду, регіонів, центральних адміністрацій, медичних працівників та громадських об'єднань, керується Міністерством охорони здоров'я і є консультативним органом при уряді.

Фінансування

Система переважно фінансується державою, при цьому соціальне страхування покриває 46,5%, а загальні податки – 52% всього обсягу фінансування. Решта 1,5% фінансується за рахунок приватного сектору, в основному, це спільна оплата за послуги Національної служби охорони здоров'я. Додаткове страхування було введено під час реформи 1993 року. Теоретично роботодавці сплачують 9,6% внесок, а працівники сплачують 0,9% від валової заробітної плати, але фактичні розміри внесків можуть бути різними. Збір загальних податків та розподіл бюджету здійснюються на національному рівні, але регіони мають достатню автономію для того, щоб використовувати кошти, що може спричинити надлишок коштів для повторного інвестування, а також дефіцити, які необхідно покрити.

Слід зазначити, що існують деякі відмінності у фінансових потоках між регіональними урядами і місцевими відділами охорони здоров'я, які виступають у якості покупця медичних послуг і надавача медичної допомоги у тих випадках, коли лікарні мають зв'язок з місцевим відділом охорони здоров'я. Лікарні, що приймають участь у системі НСОЗ, фінансуються на основі плати за послугу, а інші витрати просто покриваються відповідними місцевим відділом охорони здоров'я. Лікарні, що мають самоврядування, фінансуються своїми регіонами, а не місцевими відділами охорони здоров'я. Оплата частково здійснюється на історичній основі і частково за структурою платежів у відповідності до клініко-статистичних груп. Витрати приватних лікарень, що мають контракти з регіонами, компенсуються місцевими відділами охорони здоров'я. Ресурси приватних практик особливо використовуються, коли не вистачає ресурсів державного сектору. Оплата інших категорій приватних лікарень здійснюється на основі угодженої добової ставки на стаціонарну допомогу та оплати за послугу для амбулаторних пацієнтів.

Лікарі загальної практики та педіатри забезпечують себе роботою самостійно і, як правило, отримують подушне фінансування за надання первинної медико-санітарної допомоги. Під час реформи 90-х років було запроваджено механізм оплати за послугу за виконання незначних операцій та спільну оплату за надання спеціалізованої амбулаторної допомоги. Персонал державних лікарень, як правило, набирається НСОЗ і знаходиться на штатному розкладі.

Критерії відшкодування вартості ліків, що видаються за рецептами, переважно встановлюються у відповідності до переліку ліків, що підлягають відшкодуванню. В лікарнях використовують тільки ті ліки, що включені до терапевтичних формулярів. Спільна оплата з боку пацієнта у розмірі 50% відноситься до ліків класу В, що видаються за рецептами стаціонарним і амбулаторним хворим. Ліки класу А, призначені для лікування тяжких та хронічних захворювань, надаються фактично безоплатно. В будь-якому випадку багато пацієнтів звільнені від спільної оплати.

Оцінка

Реформа 1993 року була спрямована, перша за все, на управління наданням медичних послуг. Місцеві відділи охорони здоров'я зазнали поширення, а лікарні стали трестами самоуправління. За спостереженнями, більші місцеві відділи охорони здоров'я мають значні проблеми у сфері управління. Менеджери більше зацікавлені у збалансуванні бюджету, а не поліпшенні надання медичної допомоги. У зв'язку з незадоволенням населення державною системою охорони здоров'я зростає кількість населення, яке купує приватні страховки. В той же час приватний сектор зазнає загальної підтримки, так як він забезпечує вищий рівень базових, немедичних послуг, таких як забезпечення харчуванням.

Підвищення рівня регіональної автономії призвело до все більшого небажання розподіляти фінансові надходження серед регіонів, що має несприятливий вплив на нерівний розподіл медичних послуг між північними та південними регіонами. Незважаючи на зусилля, що прикладають, все ще не розроблено стратегію подолання значних диспропорцій в охороні здоров'я Італії. Тиск на НСОЗ залишається значним, а перспективи щодо змін не мають ясності. 3

одного боку, є сильні рівні представників політичних партій, які мають значний ступінь автономії, а, з іншого боку, центральне керівництво слабе для того, щоб здійснювати послідовні зміни. Однак реформи передбачаються у найближчі роки.

Пакет заходів уряду щодо подолання значних державних витрат також спрямований на сферу надання медичної допомоги, яка є одним із значних факторів, що спричиняють дефіцит державного бюджету. Уряд вже прийняв кілька положень; інші все ще обговорюються і будуть прийняті в наступні декілька років. Основними змінами в поточній затратній системі охорони здоров'я є:

- збільшення бюджетної децентралізації від уряду до регіонів у сфері здоров'я та системі "Медікер", що дасть останній прямий контроль за витратами сектору охорони здоров'я і надасть можливість підвищити внески на охорону здоров'я, вводити нові податки, та інше;
- скасування податку 85,000 лір (44 євро) для тих, чий сімейний дохід перевищує встановлені рівні;
- запровадження нової системи платежів за ліки, що видаються за рецептами;
- НСОЗ зараз покриває 100% вартості ліків, що рятують життя, ліків для лікування хронічних захворювань, 50% вартості звичайних ліків, та 10% вартості ліків, що надаються без рецепту, та елективних препаратів;
- за спеціалізовані та діагностичні послуги, що надаються безпосередньо НСОЗ, пацієнт має сплачувати відрахування у розмірі 100% від першого 100,000 лір (52 євро).

3.2.8. США

Населення - 281,5 мільйонів; витрати на охорону здоров'я – 14% ВВП (середнє для Європейського Союзу – 7,7%); кількість практикуючих лікарів на 10 000 населення – 23 (середнє для Європейського Союзу – 28,1); очікувана тривалість життя – 79,5 років для жінок (ЄС – 80,8 років) та 72,8 років для чоловіків (ЄС – 74,5 років).

У США немає загальної системи надання медичної допомоги для працюючого населення. Програма "Медікер" надає послуги лише людям віком старше 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям, що мають постійну ниркову недостатність. Інші громадяни мають страхуватися в програмах приватного страхування.

"Медікер" складається з двох частин. Частина А – лікарняне страхування, яке покриває лікарняні послуги, такі як стаціонарні послуги, послуги лікарень, що надають допомогу критичним хворим, заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу, хоспіси та стаціонари на дому. Частина В – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, які не входять до Частини А.

У частині А особа отримує послуги “Медікер” безкоштовно, якщо її чоловік (або дружина) пропрацювала принаймні 10 років на роботі, яка покривається програмою “Медікер”, або вони мають інвалідність, або постійну нервову недостатність. Частина В передбачає сплату страхового внеску розміром 50\$ на місяць. Ця частина є добровільною. Існують також можливості придбати додаткову приватну страховку для доповнення страховки “Медікер”.

Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне страхування. Існують багато видів приватного страхування, які надаються кількома страховими компаніями та фондами. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Роботодавець іноді сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також вносять певну грошову суму. Члени сім’ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім’ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються.

Так як в межах соціального забезпечення, як правило, не надаються медичні привілеї в допенсійний період, цю роль взяв на себе приватний сектор. Широкий спектр продуктів медичного страхування з різними рівнями привілеїв та відповідних витрат задовольняє потреби населення як географічно, так і за професійною належністю.

Деякими видами допомоги, які могли б бути включені до плану охорони здоров’я базової групи, є витрати на надання лікарняних, хірургічних, внутрішньолікарняних медичних послуг, плата лабораторії та за рентген та допомога на випадок вагітності та пологів. Інші види планів (наприклад, Додатковий основний медичний план) пропонують види послуг, що, як правило, не входять в Базовий план. Більшість роботодавців користуються Всеосяжним Основним Медичним планом. Деякі плани також передбачають покриття інших послуг, наприклад, стоматологічних послуг, покриття вартості прописних ліків та послуги щодо покращання або повернення зору.

Організації підтримки здоров’я (ОПЗ) надають всеосяжний обсяг медичних послуг членам їхніх сімей за фіксовану періодичну плату. В таких планах група лікарів, хірургів, лікарень, і т.д. надають необхідну медичну допомогу. Як правило, покриваються послуги, які надаються в межах вибраної мережі ОПЗ.

Організації надавачів послуг, яким віддається перевага, надають медичну допомогу за знижками через мережу лікарів та лікарень. Цей альтернативний варіант став користуватися значним попитом протягом останніх років, при цьому ці організації надають багато послуг, аналогічних ОПЗ. Крім того, існує свобода вибору лікаря, і можливість отримання привілеїв в межах або поза межами мережі.

Програми “Пункт допомоги” (ППД) – це нові мережі надавачів послуг, які поєднують в собі аспекти ОПЗ та організацій надавачів послуг, яким віддається перевага.

Концепція керованої медичної допомоги мала розвиток з середини 80-х років і продовжує залишатися однією із альтернатив контролю використання допомоги та витрат за планами здоров'я. Хоча керована медична допомога приймає багато форм, як правило, створюється партнерство з роботодавцем, яке базується на використанні різноманітних гнучких моделей планів, створенні мережі, стримуванні витрат та програмах перегляду утилізації послуг з метою забезпечення найкращої якості плану здоров'я і одночасного управління витратами.

Гнучкі види допомоги також користуються визнанням. Звичайно, моделі таких планів різняться, але більшість компаній надає базовий обсяг послуг. Крім базового обсягу, працівник отримує грошову допомогу, яку він може використати на придбання інших видів послуг, включаючи більш широкий план здоров'я, додаткові розміри страхування життя, додаткові дні відпустки, денний догляд за дитиною та інше.

Через те, що витрати на медичну допомогу престарілим весь час зростають, довгострокова допомога все більше користується популярністю. Цей продукт призначений для того, щоб усунути деякі прогалини в програмі “Медікер”, такі як покриття витрат на допомогу престарілим, та надання допомоги вдома.

Хоча страхування за довгостроковою допомогою є відносно недавнім продуктом, воно користується все більшим попитом. Цей продукт заповнює деякі прогалини в програмі “Медікер”. Він призначений для покриття допомоги у будинках престарілих або вдома, допомоги у щоденній життєдіяльності (наприклад, харчування, одягання, прийняття ванни і т.д.) Цей продукт пропонується як групам людей, так і індивідуально.

Фінансування

Програма “Медікер” фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці у розмірі 1,45% заробітної плати. Приватне страхування є різним, і роботодавці можуть сплачувати частину страхового внеску або весь його розмір, або працівник (чи інша особа) може сплачувати всю вартість страхового внеску.

Оцінка

Зростаюча вартість медичної допомоги є однією із основних проблем, так як витрати на охорону здоров'я обігнали інфляцію, що відображається на рості цін та якості послуг, а також відбулися зміни у видах медичних послуг.

Витрати США на охорону здоров'я (як з боку держави, так і з боку приватного сектору) в цілому до 2005 року перевищать 2 трильйони доларів США (або 17,9% ВВП), тому скорочення та контроль за витратами у сфері охорони здоров'я, а також деякі питання здійснення національної реформи стали однією з основних політичних та економічних проблем.

Внаслідок зростання витрат на охорону здоров'я особливо страждає сектор бізнесу, так як на цього долю приходить близько 1/3 державних витрат на охорону здоров'я, які надходять через страхові внески за планами привілеїв для працівників, корпоративні податки та благодійні внески.

Розробляються програми ефективного стримування витрат з метою контролю незаконного використання коштів, невиправданих витрат, надмірного використання послуг та зменшення загальних витрат за заявами щодо виплати страхових компенсацій. Програма стримування витрат – це набір взаємопов'язаних компонентів, які призводять до збереження коштів за планами привілеїв для працівників.

Сприяння здоров'ю населення також входить до програм стримування витрат. У звичайних програмах, спрямованих на сприяння здоров'я населення, страхові компанії працюють з клієнтами (роботодавцями) з метою поліпшення знань працюючих про здоровий спосіб життя, наприклад, перевірка кров'яного тиску, перевірка наявності цукрового діабету, кампанії проти паління, програми фізичної культури, програми за контролем своєї ваги та правильного харчування. Роботодавці сподіваються на ефективність таких програм.

3.3. ПІДСУМКИ І ВИСНОВКИ

В загальному випадку, є три основні підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. На практиці, у всіх описаних вище країнах поєднуються всі ці елементи. У кожній країні базові програми в кожній категорії доповнюються програмами з інших категорій. І все ж, описані країни можна розділити на групи. До країн, в яких базова програма забезпечується соціальним медичним страхуванням, що доповнюється приватним страхуванням, відносяться Німеччина, Франція та Нідерланди. В Італії і Великій Британії існують національні служби охорони здоров'я, які також доповнюються приватним страхуванням. У США домінує приватне страхування, яке доповнюється програмою “Медікейр” для пенсіонерів. У Фінляндії існують обидва види програм – державна програма охорони здоров'я та соціальне медичне страхування, які потребують лише незначного доповнення.

3.4. Майбутнє систем фінансування охорони здоров'я в країнах ЄС⁶

Проблеми з фінансуванням систем охорони здоров'я і зростанням видатків на них є основними причинами проведення реформ у цій галузі. Видатки зростають завдяки зростанню потреби у медичній допомозі як старіючого населення, так і громадськості в цілому, а також через запровадження нових дорогих медичних технологій і ліків. Крім того, традиційні способи догляду за літніми людьми дома силами молодших родичів стають менш популярними,

⁶ Conference on Financing Social Protection in Europe, 22-23 November 1999, Helsinki, The health care part of the contribution of "The Future of Social Security" by Karl Gustaf Scherman, Honorary President of ISSA

особливо, якщо в сім'ї працюють і чоловік і дружина. Такий розвиток потребує реформування структури надання допомоги, підходів до її фінансування і до розподілу обов'язків між державою, приватним сектором та індивідумом.

Фундаментальною проблемою традиційних систем охорони здоров'я є розмежування відповідальності за фінансування медичної допомоги і власне за її надання. Як правило, раніше надавачі медичної допомоги приймали рішення щодо способів лікування, а держава або страховик покривали видатки, не маючи можливості впливати на вибір методу лікування і його вартість. Реформи мають на меті зробити надавачів послуг відповідальними не тільки за медичні але й економічні наслідки своєї роботи.

Існує кілька стратегій для зниження вартості послуг і поліпшення їх якості. Одна з них полягає у запровадженні урядом ліміту на загальні видатки в галузі охорони здоров'я. У цей спосіб фінансування окремих лікарень та інших надавачів медичної допомоги ставиться у залежність від загального обсягу послуг, що оплачується державою протягом окремого року. Держава також формує наглядові інститути для контролю за наданням послуг. Безпосереднім наслідком цього є певне обмеження свободи дій страховиків, які раніше користувались набагато більшою свободою.

Подушне фінансування (капітація) є новим способом оплати медичних послуг, створеним з метою краще контролювати видатки. Цей спосіб часто доповнюється роллю “воротаря”, якою наділяються лікарі загальної практики або сімейні лікарі. Крім того, з метою посилення індивідуальної відповідальності пацієнтів їм пропонується доплачувати за отримувані ними послуги.

Одним із описаних підходів є так звана “керована допомога”, яка є способом інтегрувати фінансування допомоги та її надання і, таким чином, зробити її більш ефективною. В європейському контексті така стратегія поєднується з наданням приватними закладами і лікарями тієї допомоги, яка раніше надавалась лише державними закладами. Робляться також спроби запровадити в секторі охорони здоров'я квазі-ринкові підходи, які б дали змогу розмежувати ролі фінансування і надання допомоги. Передбачається, що це дасть змогу посилити конкуренцію серед надавачів медичної допомоги і вибирати послуги найбільш ефективних з них.

Зростає наголос на профілактичній допомозі. Поєднання пропаганди здорового способу життя, попередження нещасних випадків та поліпшення реабілітації після перенесених хвороб дозволять знизити обсяг клінічних та пов'язаних з ними послуг. Зростає і обсяг додаткового добровільного страхування, що є наслідком обмежень базових програм медичної допомоги, зростання співоплати, а деколи – і наслідком свідомого заохочення державою цього виду страхування.

РОЗДІЛ 4

ОГЛЯД ДОСВІДУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ І СХІДНОЇ ЄВРОПИ

4.1. Загальні принципи схем охорони здоров'я

Країни Центральної і Східної Європи обрали схему медичного страхування для реформування фінансування охорони здоров'я, і якщо Парламент України прийме законопроект, Україна стане на такий самий шлях. Оскільки Україна реформує фінансування охорони здоров'я трохи пізніше, ніж інші країни Центральної і Східної Європи, в неї є шанс вивчити досвід цих країн і уникнути їхні помилки. Однак, здається, що ні одна країна не може уникнути того, щоб знайти правильне, кінцеве рішення, не спробувавши різні моделі. Це також може статися в Україні, ось чому прийняття закону про обов'язкове медичне страхування є лише першим кроком в розробці реформи, впровадження якої може зайняти як найменше 10 років. В усіх країнах Центральної і Східної Європи, які проводили реформи в сфері фінансування охорони здоров'я, десять останніх років були витрачені на випробування різних моделей і робота над знаходженням найкращих рішень та моделей, які б відповідали умовам певної країни, все ще продовжується. В наступному розділі міститься опис досвіду фінансування охорони здоров'я та медичного страхування Росії, Польщі, Чеської Республіці, Угорщині, Естонії, Болгарії та Литві. В кінці розділу наведені висновки та уроки цього досвіду для реформування сфери фінансування охорони здоров'я України.

4.2. Опис досвіду різних країн

4.2.1 Російська Федерація

Загальна частина

Протягом останніх 10 років Російська Федерація перейшла від старої радянської інтегрованої моделі надання медичної допомоги до нової моделі, що базується на системі контрактів, з розмежуванням ролей учасників цієї системи: надавачів послуг, розробників політики та покупців медичних послуг. За контрактною моделлю “покупець – надавач послуг” саме договори між різними сторонами підтримують роботу всієї системи. На сьогодні система охорони здоров'я Росії складається з багатьох учасників і фінансується з кількох джерел: Міністерство охорони здоров'я, Федеральний фонд медичного страхування, інші федеральні організації та міністерства, регіональні міністерства охорони здоров'я, територіальні фонди медичного страхування. Надавачами послуг є лікарні та поліклініки, які в основному належать федеральним, регіональним та місцевим органам влади. Координувати діяльність цих сторін важливо, але нелегко.

Реформа фінансування охорони здоров'я в Росії не проходить ізольовано і її перш за все треба розглядати в більш широкому контексті реформи охорони здоров'я, яка спрямована на зміну напрямку надання допомоги – перенесенню

акценту з лікарняної допомоги на заходи по оздоровленню населення, профілактику та первинну медичну допомогу. По-друге, реформа фінансування охорони здоров'я пов'язана з розвитком всієї системи соціального забезпечення і нарешті, з економічним розвитком в цілому. Всі ці процеси потребують часу і фактичні зміни займають як правило більше часу, ніж очікується.

Система фінансування охорони здоров'я в Росії

Основні зміни в системі фінансуванні і наданні медичної допомоги в Росії відбулися після прийняття в 1990-1992 роках закону, який надав суб'єктам Російської Федерації та муніципальним закладам значну степінь незалежності в обранні стратегій охорони здоров'я та витраті коштів, виділених на охорону здоров'я. Старі інструменти управління охороною здоров'я стали мало придатними для використання. Поставлена на початку 90-х років ціль створити ринкову економіку мала значні наслідки для політики у сфері охорони здоров'я. Всі розуміли, що система соціального страхування може найкраще відповідати новим умовам. Тому в 1991 році було прийнято закон про "Медичне страхування громадян Російської Федерації" і було запроваджене обов'язкове медичне страхування (ОМС). На ОМС покладались великі сподівання, особливо як на джерело отримання додаткових коштів для охорони здоров'я, а також в надії на більш ефективне використання ресурсів та кращої якості медичної допомоги. Ціллю нового законодавства було децентралізувати владу і надати пацієнтам більш широкий вибір.

У жовтні 1993 року були нарешті схвалені основні законодавчі принципи запровадження медичного страхування. Закон містить визначення того, як збирати страхові платежі і виплачувати кошти, як організувати територіальні фонди обов'язкового медичного страхування і які системи оплати, контрактів, бухгалтерського обліку та ліцензування використовувати. Згідно з законом про медичне страхування ОМС є частиною державного соціального страхування Росії. Основною метою законодавства про ОМС є гарантувати всім громадянам рівний доступ до медичної та фармацевтичної допомоги. Для цього фінансування повинно надходити від фондів ОМС в межах базових та територіальних програм.

Система страхування створила нове джерело фінансування: внесок роботодавця на медичне страхування для працюючих. Передбачалось більшу частину фінансування охорони здоров'я здійснювати за рахунок ОМС. Основні завдання полягали в тому, щоб, по-перше, створити – окрім старого – нове джерело фінансування; по-друге, створити нову структуру закладів для того, щоб впроваджувати ОМС, по-третє, об'єднати кошти, що спрямовуються на охорону здоров'я, в межах системи ОМС, і нарешті, змінити методи розподілу як горизонтально (від покупця до медичного закладу), так і вертикально (між регіонами). Для досягнення поставлених цілей було запропоновано прийняти закон для створення двох різних джерел державного фінансування: систему ОМС та "державну, муніципальну систему".

В результаті, паралельно існують система бюджетного фінансування за рахунок податків та система фінансування за рахунок страхових внесків. Для фінансування ОМС було запроваджено податок на заробітну плату для

роботодавців. Новостворений Федеральний фонд медичного страхування (ФФМС) повинен був виступати у якості контролюючого та вирівнюючого органу, в той час, як територіальні фонди медичного страхування (ТФМС) на регіональному рівні збирали страхові внески роботодавців (до 15 січня 2001 року), а потім, за принципом подушного фінансування, фінансувати організації медичного страхування і нарешті, контролювати ефективно використання коштів ОМС. Незалежні напів-приватні організації медичного страхування (ОМС) та філіали ТФМС є фактичними страховиками. Основні функції ОМС – (1) забезпечення надання медичної допомоги застрахованим, (2) забезпечення оплати медичних послуг для застрахованих на основі контрактів, (3) контроль якості медичних послуг, і нарешті (4) захист прав та інтересів застрахованих.

Що стосується бюджетного фінансування, існують три окремі рівні планування та розробки бюджету охорони здоров'я: перший – Федеральний бюджет охорони здоров'я, другий – регіональний бюджет охорони здоров'я (бюджет охорони здоров'я суб'єкта Російської федерації) і нарешті – муніципальний бюджет охорони здоров'я або районний бюджет охорони здоров'я в сільській місцевості. Всі ці органи також є власниками надавачів медичних послуг – поліклінік та лікарень.

В принципі, організації медичного страхування не можуть відмовляти клієнтам (фірмам або фізичним особам) у страхуванні. Додаткове приватне медичне страхування існує, але воно не дуже поширене. Місцевий уряд повинен фінансувати надання послуг непрацюючому населенню в залежності від планових бюджетних показників, встановлених Федеральним міністерством. Більшість державних коштів все ще надходить з цих джерел оподаткування. Крім того, в Російській Федерації близько 20 федеральних міністерств та департаментів мають свої власні медичні заклади, що фінансуються за рахунок бюджетів відповідних міністерств. Наприклад, Міністерство транспорту, Медичний центр при адміністрації президента, Міністерство фінансів та інші. Вони разом складають так звану “паралельну систему охорони здоров'я”.

Окрім фінансування за рахунок податків та обов'язкового і добровільного страхування значний обсяг фінансування надходить прямо з “кишені” пацієнтів або їх родичів. Федеральні лікарні навіть заохочуються до надання приватних послуг або додаткових послуг в межах державних лікарень. Ці послуги називаються “платними послугами”, і вони не включені до Базового обсягу послуг.

Збір коштів медичного страхування

Вісімдесят сім територіальних фондів ОМС та 12 територіальних податкових адміністрацій займалися (до 15 січня 2001 року) збором страхових внесків. Як згадувалося раніше, в першу чергу фінансуються базові послуги через бюджети охорони здоров'я на всіх адміністративних рівнях; по-друге, через фонди ОМС і нарешті, через деякі інші джерела фінансування. В результаті, прибутки Територіальних фондів ОМС включають в себе:

1. Страхові внески роботодавців. Страховий внесок складає 3,6% від витрат на заробітну плату і встановлюється федеральним законом. Незначна частина

- (0,2%) цього страхового внеску надходить до Федерального фонду ОМС на цілі вирівнювання доходів фондів ОМС.
2. Регіони та муніципалітети (або райони) сплачують страхові внески за безробітних, дітей та пенсіонерів (непрацююче населення) зі своїх бюджетів охорони здоров'я.
 3. Прибутки від вкладення коштів ОМС в цінні папери або інші можливі джерела прибутку.
 4. Прибутки, отримані для покриття втрат за різними видами позовів.
 5. Інші різні прибутки, що не суперечать федеральним, регіональним або місцевим законам.

Територіальні фонди виділяють кошти своїм філіям (в сільській місцевості) та приватним організаціям медичного страхування (ОМС, міста), які мають контракти з ТФМС. ТФМС робить виплати ОМС ретроспективно на основі їхніх витрат або системи подушного фінансування.

Система збору коштів не є досконалою. Борги за страховими внесками фондам ОМС зростали і в 1998 році склали вже 95,4 мільйонів рублів. На сьогодні система охорони здоров'я Росії не отримує достатньо коштів для надання необхідного обсягу медичної допомоги за рахунок державного фінансування, як це передбачено в федеральних законах. Це частково пов'язано з неможливістю збору страхових внесків своєчасно і в необхідному розмірі. В зв'язку з цим Федеральний уряд прийняв рішення про спрощення процедури збору коштів на виплату пенсій та надання соціального і медичного страхування (об'єднаний соціальний податок) шляхом спрямування їх через національну службу оподаткування, починаючи з 15 січня 2001 року. Ціль цього кроку – раціоналізувати збір коштів, не змінюючи їх розміру та методів їх розподілу.

Страхове покриття

В 1998 році уряд розпочав другу реформу в сфері фінансування охорони здоров'я; запровадивши "Державний гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги". Федеральне Міністерство охорони здоров'я разом з Федеральним фондом ОМС визначає його обсяг. Регіональні міністерства охорони здоров'я відповідають за розробку територіальних гарантованих обсягів медичної допомоги. Державний гарантований обсяг мусить включати в себе всі медичні послуги, що повинні надаватися за рахунок агрегованих коштів, які виділяються на охорону здоров'я з боку фондів ОМС та бюджетних, і по-друге, включати в себе лише найбільш необхідні медичні послуги.

Цілі цієї програми наступні:

1. Встановити єдиний підхід до розрахунку потреби в медичній допомозі.
2. Встановити єдині стандарти фінансового планування в охороні здоров'я.
3. Покращити ефективність використання державних коштів на надання безоплатних медичних послуг.
4. Підвищити відповідальність місцевих органів влади за реалізацію цієї програми, в тому числі, за сплату внесків за непрацююче населення.
5. Запровадити об'єктивні критерії для вирівнювання фінансових можливостей фондів ОМС на регіональному рівні, які б базувались на потребі населення та економічному становищі певного регіону.

6. Знайти баланс між гарантованим обсягом безкоштовної медичної допомоги та фінансовими ресурсами, необхідними для її надання.

В гарантованій програмі основними напрямками фінансування в межах коштів “державної, муніципальної системи” є:

1. Цільове фінансування програми
2. Фінансування освітніх заходів та наукових досліджень
3. Територіальний вирівнюючий фонд ОМС
4. Оплата особливо дорогих медичних послуг
5. Фінансування невідкладної та швидкої медичної допомоги
6. Фінансування допомоги у випадках соціально небезпечних захворювань.

Впровадження гарантованого пакету послуг розглядається як спосіб реформування та збалансування системи фінансування охорони здоров'я. Територіальні програми гарантованого обсягу послуг можуть включати в себе додаткові безкоштовні медичні послуги в залежності від наявності фінансових ресурсів, а Суб'єкти Федерації можуть фінансувати альтернативні види медичного лікування за свій рахунок. Сьогодні територіальна система працює в 70 суб'єктах Федерації. Крім того, територіальні програми гарантованого пакету послуг щорічно переглядаються. Щорічні угоди між Федеральним міністерством охорони здоров'я, Федеральним фондом ОМС та регіональними органами влади використовуються для того, щоб визначити яким чином розподіляти федеральні кошти вирівнювання.

До гарантованого пакету послуг, що покриваються коштами ОМС, включено надання безкоштовної медичної допомоги при наступних захворюваннях **Швидка, поліклінічна та стаціонарна допомога для пацієнтів з наступними захворюваннями:** Інфекційні та паразитичні захворювання (за винятком венеричних, лікування яких фінансуються з бюджету), туберкульоз та СНІД; онкологічні захворювання, захворювання ендокринної системи; шкіряні захворювання; харчові розлади; захворювання нервової системи, захворювання крові; імунна патологія; серцево-судинні захворювання; захворювання очей; оторингологічні захворювання; респіраторні захворювання; розлади системи травлення; травми та отруєння; захворювання кісно-м'язової системи, вроджена патологія дорослих та деякі інші захворювання.

Однак, Базова програма ОМС не включає в себе:

1. Амбулаторні ліки (за винятком груп населення, які мають пільги);
2. Стоматологічне протезування (за винятком пільгових категорій);
3. Лікування в санаторіях та на курортах (за винятком пацієнтів, які лікуються в санаторіях, що належать Міністерству охорони здоров'я);
4. Медичні послуги, що надаються на добровільній основі;
5. Гомеопатичне лікування;
6. Деякі інші медичні послуги

При наданні швидкої, невідкладної або стаціонарної допомоги, передбачених гарантованою програмою, необхідні ліки надаються безкоштовно. Ці ліки повинні входити до оновлюваного щороку переліку, схваленого Федеральним міністерством охорони здоров'я.

Ведуться дискусії про об'єднання фонду соціального страхування (ФСС) та Федерального фонду ОМС на федеральному рівні. Перший відповідає за забезпечення права громадян на гарантоване матеріальне благополуччя у випадку втрати прибутку внаслідок тимчасової інвалідності. Останній забезпечує безоплатну медичну допомогу в межах програм ОМС. Основною ідеєю такого об'єднання є створення єдиної системи соціального страхування для переходу від медичного страхування до соціального страхування. Об'єднання цих фондів могло б сприяти виконанню наступних завдань:

- Стимулювати населення до підтримки власного здоров'я
- Об'єднати зусилля усіх сторін, що мають відношення до охорони здоров'я, у справі зменшення захворюваності населення
- Об'єднати охорону здоров'я та реабілітацію в єдину систему охорони здоров'я населення
- Підвищити ефективність використання бюджетних коштів і коштів фонду ОМС.

Продовжуються гарячі дискусії про роль та місце організацій медичного страхування в системі ОМС.

Розподіл коштів

Одним з основних завдань в системі фінансування охорони здоров'я Росії є "правильне" визначення загальної суми коштів, що необхідна фондам медичного страхування для покриття витрат на безоплатну медичну допомогу. Ця цифра має відображати фактичні потреби населення і існуючий стан економіки Росії. Тому в 2000 році Федеральне міністерство охорони здоров'я та Федеральний фонд ОМС, разом з Федеральним міністерством фінансів, розробили і ухвалили рекомендації під назвою "Наказ формувати і фінансувати Територіальні програми гарантованого пакету в 2000 році".

Базова програма гарантованого пакету допомоги включає в себе наступні стандарти розподілу коштів:

- Перелік безоплатної медичної допомоги в межах Програми гарантованого обсягу допомоги
- Базова програма ОМС
- Обсяги безоплатної медичної допомоги в межах Програми гарантованого пакету допомоги;
- Подушний показник фінансування охорони здоров'я для покриття всіх витрат гарантованого пакету безоплатної медичної допомоги.

Розрахунки базуються на використанні певних послуг на 1000 застрахованих.

У межах програм гарантованого обсягу визначаються показники подушного фінансування медичної допомоги. Потім вони використовуються як принцип розподілу коштів, що надходять з усіх джерел, покриваючи витрати на безоплатну медичну допомогу. В межах територіальних програм гарантованого обсягу регіональні органи влади Російської Федерації розробляють подушні

показники, враховуючи витрати на безоплатну медичну допомогу згідно з федеральними рекомендаціями.

Укладення контрактів, оплата і встановлення цін на послуги

Фінансові відносини між покупцями (організаціями медичного страхування) та надавачами медичних послуг регулюються через контракти. В контракті визначається метод оплати. В звичайних системах оплати надавачі послуг оплачуються за кількістю закінчених випадків (хворих) або випадків, пов'язаних з встановленням їхнього діагнозу та кількістю відвідувань (поліклініки). Однак, в різних регіонах, в межах системи ОМС, використовуються різні методи оплати. Найбільш поширеною серед них є оплата стаціонарної допомоги за кількістю ліжко-днів. Для поліклінік оплата як правило, базується на кількості відвідувань лікаря та діагностичного огляду у випадку діагностичних закладів.

Часто на основі поточної медичної інформації встановлюється стандартна кількість амбулаторних відвідувань, пов'язаних з певною хворобою. Як правило, тарифи на медичні послуги не включають всі витрати бюджету, тобто тариф не відображає фактичні витрати на певні види медичних послуг. В основному, тарифи включають лише заробітну плату, відрахування на соціальне страхування, вартість матеріалів і ліків. Муніципальні органи влади, як правило, оплачують послуги на основі історичних витрат бюджету, а організації медичного страхування платять за надання певного виду лікування.

Водночас, місцеві органи влади, будучи власниками, виділяють кошти лікарням на основі розрахованих бюджетів. Приблизно 65% всіх витрат на медичну допомогу витрачаються на стаціонарну допомогу, близько 20% йдуть на первинну та спеціалізовану амбулаторну допомогу, 2,2 – на освіту та дослідницьку діяльність, і 3,2 – на охорону громадського здоров'я. Лікарні мають право брати плату за послуги, які не входять до базового обсягу (пакету) – так звані “платні послуги”. Всі медичні працівники отримують заробітну плату.

В принципі всі види медичної допомоги є безоплатними в момент її отримання. Однак, витрати на медичні матеріали, рецептурні ліки і стоматологічну допомогу не підлягають покриттю. Ця та пряма (неофіційна) оплата надавачам послуг означає, що домогосподарства зараз сплачують значну частину витрат на медичну допомогу із своєї власної кишені.

Капіталовкладення

Федеральні і територіальні міністерства можуть регулювати основні капіталовкладення. Однак, більша частина вкладень робиться власниками медичних закладів, тобто муніципалітетами, територіальними міністерствами охорони здоров'я або федеральними міністерствами та установами (наприклад, залізницею). Лише основні капіталовкладення фінансуються з федерального бюджету, і місцеві уряди надають майже всі інвестиційні кошти. На даний момент інвестиційних коштів не вистачає, і у більшості закладів навіть немає коштів на покриття експлуатаційних витрат.

На федеральному рівні Міністерство фінансів спочатку рекомендує загальний обсяг федерального бюджету охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я та Міністерство економічного розвитку повинні спочатку схвалити програми інвестицій в охорону здоров'я і тільки потім Міністерство фінансів може ухвалити витрати.

Витрати на охорону здоров'я в Росії

В 1999 році загальні витрати на охорону здоров'я Російської Федерації склали приблизно 5,4% від ВВП. Однак, лише 2/3 цієї суми надійшло з державних джерел. Отже, в Російській Федерації існує змішана система фінансування охорони здоров'я, що поєднує медичне страхування, податки та плату з боку пацієнта. Згідно останніх підрахунків ВООЗ загальні витрати залишаються такими ж – 5,4 %, але державне фінансування складає 76,8, а приватне – лише 23,2% (Джерело: Всесвітній звіт про охорону здоров'я, 2000 рік, ВООЗ).

Загальний рівень витрат на охорону здоров'я не значно менший за середній рівень фінансування охорони здоров'я в країнах ОЕСД або за підрахунками ВООЗ – 5-8% ВВП. Однак, нестача державного фінансування охорони здоров'я покривається за рахунок приватних джерел. Основною проблемою при підрахунках витрат на охорону здоров'я є те, що всі фінансові операції не реєструються належним чином. Це означає, що всі ці розрахунки є правильними лише в певних межах.

Експерименти та проблеми у фінансуванні охорони здоров'я Недостатнє фінансування

Першою проблемою є те, що тариф медичного страхування (3,6%), що застосовується, є надто низьким для фінансування необхідної послуг з охорони здоров'я. По-друге, система ОМС не в змозі зібрати навіть ту частину коштів, що необхідна для покриття витрат на медичну допомогу. Перш за все, це пояснюється тим, що регіональні і муніципальні адміністрації зовсім не переводять кошти страховикам або переводять суми, яких недостатньо для покриття витрат на охорону здоров'я для непрацюючого населення. Тому основна ціль реформи фінансування охорони здоров'я – зміна механізму розподілу коштів – не була досягнута і не було отримано реальних результатів. На сьогодні лише 19% державних витрат на охорону здоров'я проходять через організації медичного страхування.

Крім того, через низький рівень надходжень від податків, існує постійний дефіцит в загальному державному фінансуванні охорони здоров'я, що не дозволяє покрити всі витрати існуючих структур охорон здоров'я. Для збільшення розміру коштів можливо необхідно збільшити тариф ОМС та /або бюджетні виплати для безробітних груп населення. Це вимагатиме змін в федеральному законодавстві. Крім того, можна підвищити обсяги внесків приватного страхування або прямих платежів “з кишені” за надання додаткових медичних послуг та ліків. Однак, спочатку необхідно узаконити платежі з боку пацієнтів, як прибутку надавачів послуг, оскільки пацієнти вже неофіційно сплачують значні суми.

Проблеми в законі про медичне страхування

Існуючий закон про медичне страхування не визначає чітко принципи і методи фінансової взаємодії та координації між двома державними джерелами фінансування: бюджетом та медичним страхуванням. Навіть сума страхових платежів для непрацюючого населення, принципи єдиного фінансового планування, поділ завдань і методів взаємодії двох систем не визначені належним чином.

Крім того, фактично законодавство ігнорує фінансову роль Федерального уряду в системі ОМС, при тому, що державі належать більш як 500 медичних установ. Це ускладнює координацію між державними і муніципальними медичними структурами.

Співвідношення (3,4 / 0,2 %) того, як територіальний і федеральний фонд ділять між собою внески роботодавців, встановлюється довільно, при цьому менше ніж 6% зібраних страхових внесків передбачається на ціля вирівнювання ризиків. Критерії поділу вирівнювальних внесків чітко не визначені. Нарешті, Закон про медичне страхування не надає методів вирівнювання ризиків страховиків і запобігання селекції ризиків фондами.

Різні джерела, різні правила

Розподіл бюджету безпосередньо серед надавачів послуг, обходячи фонди ОМС, створив незвичайну ситуацію. Кошти з кожного джерела фінансування – фонду ОМС, бюджету, надходжень від підприємств та інших прибутків, – використовуються за різними правилами. В результаті, надавачі послуг були вимушені використовувати кошти у відповідності до правил, встановлених кожним з їхніх фінансуючих партнерів. Тому жодне з джерел фінансування не має можливості контролювати кошти в кінцевому рахунку, і відповідно, відповідальність за фінансування не є чітко визначеною. Це призвело до невиконання зобов'язань фінансових сторін по відношенню до надавачів послуг, а останніх по відношенню до своїх пацієнтів.

В системі ОМС платежі базуються на обсязі послуг. Однак, часто платежі не відображають раціонального використання коштів. Наприклад, платежі залежать від кількості ліжок-днів. В межах бюджетного фінансування (65 % державних коштів для поліклінік) використовується підхід, що базується на вартості послуг. З точки зору управління ці два джерела прибутків лише ускладнюють роботу, планування і призводять до плутанини в офіційних звітах.

Рівність доступу

Слабким місцем закону про медичне страхування є те, що страхування не змогло забезпечити рівний доступ до медичних послуг в межах базової програми ОМС як між різними групами населення (рівноправ'я по горизонталі) в регіоні та між регіонами (рівноправ'я по вертикалі). Працююче і непрацююче населення знаходяться в нерівних умовах при отриманні медичних послуг,

оскільки доступ для економічно вразливих груп населення (дітей та пенсіонерів) є обмеженим.

Існують і значні відмінності в подушних витратах між регіонами. Вони є результатом незалежності суб'єктів Федерації при встановленні власних бюджетних видатків на охорону здоров'я. В 1998 році найвищий подушний норматив був у 7 разів більшим, ніж найнижчий, а в 1999 році – у 8 разів. На початку 90-х років співвідношення між мінімальним і максимальним рівнем подушних витрат складало лише 1:4.

Структура і статус надавачів послуг

У статусі надавачів послуг нічого не змінилося. Медичне страхування не змінило орієнтацію допомоги зі стаціонарної на амбулаторну. Незначних сум коштів, які отримують надавані послуг від страховиків, не вистачає на те, щоб змінити їх поведінку навіть при посиленні контролю з боку організацій медичного страхування.

Крім того, надавані послуг не є незалежними суб'єктами і тому не в змозі реалізувати свої власні плани, оскільки вони отримують фінансування з двох нескоординованих державних джерел, що застосовують різні принципи фінансування.

Системи оплати

Одним зі стратегічних принципів реформи фінансування охорони здоров'я в Росії було проголошено створення системи оплати, заснованої на обсязі, складності та якості роботи надавачів медичних послуг, а також підвищення ефективності надання послуг шляхом розробки системи фінансування, що відображає раціональне використання наявних ресурсів за принципом “гроші слідують за пацієнтом” і створення єдиної системи оплати за медичні послуги в межах державних гарантій.

На практиці більшість цих планів не були реалізованими і в результаті як старі інструменти оплати, так і нові існують паралельно. Єдина для всіх надавачів система оплати (наприклад, клініко-діагностичні групи) ще навіть не планується. Подушне фінансування організацій медичного страхування застосовується лише іноді і в більшості випадків подушні стандарти не розраховуються для того, щоб відповідати фактичним потребам населення, як планувалося спочатку

Висновки

Як всі європейські країни, Росія намагається підтримувати і покращувати стан здоров'я своїх громадян шляхом реформи системи охорони здоров'я. Однак запровадження системи медичного страхування східноєвропейського типу в 1993 році не принесло (принаймні поки-що) очікуваного швидкого покращання стану здоров'я населення, не спростило структури і не покращило управління медичною допомогою в Росії. Незважаючи на фундаментальні зміни в системі фінансування охорони здоров'я за останні 10 років, вона залишається багаторівневою, не отримує достатнього фінансування, має погане управління і

слабку координацію, при цьому доступ пацієнтів до ефективних видів лікування погіршується.

Існуюча система має багато проблем, які мають вирішуватися одночасно. Реформування в Російській Федерації здійснювалось “зверху вниз”, а стратегією охоплювались всі аспекти, в той час як вона повинна була бути більш сфокусованою. Проблемою є і захист офіційної цілі громадської системи охорони здоров'я – забезпечення рівного і справедливого доступу до медичної допомоги. При реструктуризації охорони здоров'я було проігноровано потенціал профілактичної і первинної медико-санітарної допомоги, увага приділялася більше стаціонарній допомозі. Сьогодні в Росії існує більше 50 окремих систем охорони здоров'я з внутрішньою конкуренцією. Здається також, що ті, хто має владу, отримують вигоду від такого стану справ, не змінюючи його.

4.2.2. Польща

Загальна інформація

Система охорони здоров'я Республіки Польща, як і переважної більшості країн колишнього соціалістичного табору, в даний час перебуває у процесі глибоких реформ. Право всіх громадян Польщі на охорону здоров'я і безоплатну медичну допомогу задеклароване у Конституції. А тому основними завданнями реформи системи охорони здоров'я є підвищення ефективності використання доступних обмежених ресурсів і необхідність збільшення суспільних видатків на охорону здоров'я.

Пусковими факторами для початку реформи були прийняття закону про заклади охорони здоров'я (1991) та закону про обов'язкове медичне страхування (1997). Важливе значення для процесу реформування системи охорони здоров'я має також ряд прийнятих протягом останніх кількох років законів, що стосуються професійної діяльності лікарів, медичних сестер та їх самоврядування.

З 1 січня 1999 року практично почали діяти законодавчі положення, які:

- запровадили новий адміністративний поділ території держави і територіальне самоврядування;
- передали у відання самоврядування заклади охорони здоров'я (котрі дещо раніше позбулися статусу бюджетних установ і набули статусу повноцінних суб'єктів господарської діяльності з можливістю укладення зовнішніх контрактів на надання послуг з відповідними платниками та внутрішніх контрактів з власними працівниками, тобто, медичним персоналом);
- дозволили будь-якому юридичному суб'єкту (фізичній чи юридичній особі, в тому числі релігійним громадам, різним громадським асоціаціям, профспілкам тощо) виступати засновником і забезпечувати діяльність закладів охорони здоров'я (при цьому заклади, засновані державними органами та органами самоврядування, отримали статус громадських закладів охорони здоров'я);
- забезпечили рівність умов щодо можливості укладення контрактів з платниками (замовниками) для надавачів медичних послуг різних форм

- власності (тобто, можливість конкуренції за громадські кошти, що спрямовуються на охорону здоров'я, між суб'єктами різних форм власності);
- дозволили розпочати реструктуризацію усіх підсекторів системи медичного обслуговування (первинної медичної допомоги, швидкої і стаціонарної медичної допомоги);
 - відокремили амбулаторну допомогу від стаціонарної;
 - забезпечили посилення ролі інституту сімейних лікарів та поступове зростання у структурі медичної допомоги питомої ваги більш дешевих за вартістю та ефективних з клінічної і профілактичної точки зору стаціонарозамінюючих технологій;
 - запровадили фінансування абсолютно переважної більшості видів медичних послуг за рахунок обов'язкового медичного страхування шляхом укладення контрактів між платниками (в особі страхових фондів) та надавачами медичних послуг (сімейними лікарями, лікарнями та бригадами швидкої допомоги), відокремили фінансові ресурси на охорону здоров'я, зробивши їх цільовими і незалежними від державного бюджету;
 - відокремили платника від організатора надання медичних послуг;
 - започаткували зміни у показниках оцінки діяльності надавачів медичних послуг та підходах до визначення необхідних обсягів їх фінансування на основі доступної інформації про вартість медичних послуг.

З початком реформи усі рівні самоврядування отримали відповідні повноваження у сфері охорони здоров'я. Було проведено також чіткий розподіл повноважень у вказаній сфері поміж органами державної адміністрації та органами самоврядування, які у даний час виглядають наступним чином.

Державні адміністрації на рівні воєводств забезпечують:

- ведення реєстру закладів охорони здоров'я на підпорядкованій території, прийняття рішень про внесення чи вилучення з цього реєстру громадських та негромадських закладів;
- утворення публічних закладів охорони здоров'я у випадках, встановлених законом про санітарну інспекцію;
- рекомендаційні оцінки рішень органів територіального самоврядування щодо ліквідації або реорганізації громадських закладів охорони здоров'я;
- призначення представників до громадських рад, що діють при публічних закладах охорони здоров'я;
- контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я, які функціонують на території воєводства.

Воєводське самоврядування забезпечує:

- реалізацію завдань, віднесених до його компетенції законами, в тому числі й завдань у галузі охорони та сприяння здоров'ю;
- вплив на діяльність відповідного регіонального фонду обов'язкового медичного страхування (каси хворих) шляхом вибору членів наглядової ради цього фонду;
- виконання функції засновника стосовно громадських закладів охорони здоров'я (прийняття колективних рішень про створення, реорганізацію та ліквідацію закладів, призначення керівника і громадської ради закладу; нагляд за діяльністю закладів);

- забезпечення надання медичних послуг іншими закладами у разі ліквідації якогось громадського закладу охорони здоров'я;
- розробку стратегії воєводства у галузі охорони здоров'я.

Самоврядування на рівні повіту забезпечує:

- реалізацію завдань, віднесених до його компетенції законами, в тому числі й завдань у галузі охорони та сприяння здоров'ю;
- виконання функції засновника стосовно громадських закладів охорони здоров'я (прийняття колективних рішень про створення, реорганізацію та ліквідацію закладів, призначення керівника і громадської ради закладу; нагляд за діяльністю закладів);
- забезпечення надання медичних послуг іншими закладами у разі ліквідації якогось громадського закладу охорони здоров'я.

Самоврядування на рівні гміни забезпечує:

- задоволення спільних потреб громади, в тому числі й у сфері охорони здоров'я;
- виконання функції засновника стосовно громадських закладів охорони здоров'я (прийняття колективних рішень про створення, реорганізацію та ліквідацію закладів, призначення керівника і громадської ради закладу; нагляд за діяльністю закладів);
- забезпечення надання медичних послуг іншими закладами у разі ліквідації якогось громадського закладу охорони здоров'я.

Фінансування

Майже 99 відсотків всіх закладів охорони здоров'я у Польщі є громадськими закладами, і належать органам місцевого самоврядування. Міністерство охорони здоров'я має у своєму безпосередньому підпорядкуванні лише близько 30 установ на загальнодержавному рівні. За рахунок бюджету воєводств фінансується система державної санітарно-епідеміологічної служби, яка перебуває у підпорядкуванні державних адміністрацій воєводств та повітів.

Міністерство охорони здоров'я за рахунок державного бюджету повністю або частково фінансує високо-спеціалізовані медичні послуги, зокрема хірургічні втручання на серці та судинах, трансплантацію органів тощо. Контракти на надання цих послуг укладаються безпосередньо Міністерством охорони здоров'я з відповідними медичними закладами, що можуть забезпечити здійснення відповідних втручань. Фінансове покриття вартості решти медичних послуг, як вже було вказано вище, забезпечується за рахунок обов'язкового медичного страхування. Через систему обов'язкового медичного страхування покривається й вартість ліків, ортопедичних виробів та пристосувань (частково або повністю у визначених законом випадках), а також деяких профілактичних послуг, зокрема деяких профілактичних щеплень, спрямованих на імунопрофілактику інфекційних хвороб.

Відповідно до закону про обов'язкове медичне страхування, з 1 січня 1999 року кожен громадянин сплачує обов'язковий страховий внесок, який компенсується відповідним зниженням прибуткового податку, що означає зменшення надходжень до державного бюджету на суму внесків, які спрямовуються на

обов'язкове медичне страхування. Спочатку цей внесок сплачувався у розмірі 7,5% величини доходів бруто, а з січня 2001 р. – у розмірі 7,75% зазначеного показника.

Зазначені кошти акумулюються Пенсійним фондом, який розподіляє їх між створеними згідно з законом 16 повністю автономними регіональними (на рівні кожного з воєводств) та 1 відомчим (розрахованим на обслуговування військовослужбовців, поліції та службовців інших воєнізованих формувань) фондами обов'язкового медичного страхування (16 регіональних та 1 галузева так звані “каси хворих”). При цьому кожен з пацієнтів має право на вибір каси хворих, який обмежується однією з двох можливих для вибору кас. Однак, як правило, вибір обмежується регіональною касою хворих за територією проживання застрахованого.

Застрахованими вважаються й непрацюючі члени сімей платників внеску. Пенсіонери сплачують внесок з отримуваної ними пенсії. Безробітні протягом періоду, який вони отримують державну допомогу по безробіттю, самостійно сплачують страховий внесок з цієї допомоги, що вважається доходом, а після припинення виплати допомоги вартість наданих їм медичних послуг покривається за рахунок бюджету. За медичні послуги, що надаються не охопленим системою обов'язкового медичного страхування особам без певного місця проживання, плата вноситься за рахунок бюджетів самоврядування найнижчого рівня (гміни) за зверненням відповідних надавачів медичних послуг.

Каси хворих на основі контрактів, що укладаються з різними надавачами медичних послуг, забезпечують оплату вартості цих послуг для усіх застрахованих, закріплених за відповідною касою. Згідно з законом, застрахованим у системі обов'язкового страхування через каси хворих гарантуються:

- обстеження і консультація лікаря;
- діагностичне обстеження;
- лікування (амбулаторне, на дому, стаціонарне та у рамках невідкладної допомоги);
- лікувальна реабілітація;
- медсестринські послуги;
- догляд за жінками у період вагітності, пологів, післяпологовий період та період грудного вигодовування немовляти, пренатальний догляд за плодом, опіка новонародженого, оцінка стану здоров'я і розвитку немовляти;
- профілактична допомога;
- забезпечення ліками та медичними матеріалами;
- забезпечення ортопедичними виробами і допоміжними засобами, в тому числі технічними;
- інформування про стан здоров'я;
- паліативна (хоспісна) допомога;
- медичні послуги за місцем навчання та виховання.

Законом також встановлено перелік медичних послуг, які не надаються за рахунок обов'язкового медичного страхування. До них, зокрема, віднесено послуги, спосіб фінансування яких окреслено спеціальними законами

(наприклад, послуги служби медицини праці); надання медичних висновків про здатність керувати механічними транспортними засобами та інших медичних висновків і довідок, які видаються за бажанням застрахованого, якщо необхідність їх видачі не пов'язана з подальшим лікуванням, реабілітацією, втратою працездатності, продовженням навчання учнів та студентів, вирішенням питань щодо призначення соціальної допомоги та соціального догляду тощо; деякі щеплення; послуги у санаторіях, якщо вони не пов'язані з безпосередньою причиною направлення пацієнта на оздоровче лікування; деякі види стоматологічних послуг; нестандартні послуги; деякі інші послуги, медикаменти та технічні засоби, визначені у спеціальному розпорядженні Міністра охорони здоров'я. Ці послуги в порядку, що встановлений відповідними документами, фінансуються за рахунок власних коштів пацієнтів, за рахунок державного бюджету або інших визначених нормативними актами коштів.

Каса хворих укладає контракти:

- на послуги у сфері первинної медико-санітарної допомоги (виходячи з розрахунку кількості пацієнтів, закріплених за кожним окремо взятим сімейним лікарем,
- з лікарями-спеціалістами, які надають допомогу амбулаторно (відповідно з кількістю передбачених контрактом конкретних спеціалізованих послуг, виходячи з їх вартості, встановленої шляхом переговорів між касою хворих та конкретним надавачем послуг);
- з лікарнями (виходячи з вартості одnodенної, триденної або довготривалої (довшої, ніж три дні) госпіталізації в залежності від характеру відділення стаціонару (терапевтичне, хірургічне, дитяче тощо).

Планування видатків на укладення контрактів забезпечується касами хворих на основі статистичних демографічних та епідеміологічних даних, які надаються офіційними статистичними органами.

Формально усі громадяни, охоплені обов'язковим медичним страхуванням, мають закріплене законом право вільного вибору надавача медичних послуг, передусім сімейного лікаря та лікарні з числа тих, що уклали контракт з відповідною касою хворих. Однак, сімейні лікарі та громадські лікарні за законом не мають права приймати пацієнтів поза умовами, передбаченими законом, тобто без забезпечення оплати за медичні послуги через каси хворих (через систему обов'язкового медичного страхування). Крім того, сімейний лікар має право відмовити пацієнту від прикріплення до нього, якщо максимально можливі встановлені законодавством ліміти кількості прикріплених до сімейного лікаря пацієнтів вже вичерпані.

Для отримання безоплатної медичної допомоги застрахований у системі обов'язкового медичного страхування пацієнт має право звернутися до лікаря-спеціаліста лише за направленням свого сімейного лікаря. В такому разі оплата спеціалізованих послуг застрахованому пацієнту забезпечується за рахунок каси хворих, що має контракт з відповідним лікарем-спеціалістом. В той же час, лікарі-спеціалісти наділені правом приймати будь-якого пацієнта, який звернувся до них за послугами самостійно, з оплатою вартості цих послуг пацієнтом безпосередньо лікарю. Крім того, без направлення сімейного лікаря,

пацієнт за законом має право самостійно безпосередньо звертатися за послугами до 8 видів лікарів-спеціалістів (як то дерматовенеролог, стоматолог, онколог, фтизіатр, гінеколог, офтальмолог, психіатр і нарколог).

Що стосується надання стаціонарної допомоги, то лікарня, яка є самостійною юридичною особою і уклала контракт з відповідною касою хворих, укладає внутрішні контракти з лікарями стаціонару, з лікарями-спеціалістами спеціалізованої поліклініки, яка, як правило, поки що залишається структурним підрозділом лікарні (однак, лікарі-спеціалісти дедалі частіше засновують свої приватні практики, і укладають контракти безпосередньо з касою хворих), бригадами швидкої медичної допомоги, технічно-експлуатаційними службами. При цьому лікарні мають право укласти контракти не лише з регіональною касою хворих тієї території, на якій вони розташовані, а й з касами хворих інших регіонів і з галузевою касою хворих, що обслуговує військовослужбовців, поліцію та службовців інших воєнізованих формувань.

Розміри заробітної платні сімейних лікарів, іншого медичного персоналу, відповідального за первинну медико-санітарну допомогу, та лікарів стаціонарів, які працюють у громадських закладах охорони здоров'я, регулюються державою. В той же час, розміри заробітної плати в закладах охорони здоров'я приватного сектору, не підпадають під державне регулювання і встановлюються керівництвом вказаних закладів самостійно.

Громадські заклади охорони здоров'я за законом розглядаються як неприбуткові установи з відповідними пільгами щодо оподаткування, а негромадські, засновані на приватній власності заклади – як створені з метою отримання прибутку суб'єкти комерційної діяльності, які оподатковуються на загальних для суб'єктів комерційної діяльності підставах.

Законом про обов'язкове медичне страхування встановлено також порядок та розміри страхового відшкодування вартості медикаментів, які надаються застрахованим. Усі ліки, що надаються застрахованим, розбито на три категорії: *життєво необхідні (основні)* – ліки, необхідні для порятунку життя або є незамінними для лікування і підтримання здоров'я (найбільш поширені у відповідній фармако-терапевтичній групі); *допоміжні* – ті, що носять допоміжний характер або посилюють дію основних ліків, та ліки найновішої генерації з близькими до основних властивостями, але більш дорогі від них за ціною; *рецептурні* – ті, що готуються в аптеці *ex tempore* за рецептами.

Забезпечення ліками осіб, застрахованих в рамках обов'язкового страхування, відбувається двома шляхами. Лікарні, які мають контракт з касою хворих, забезпечують пацієнтів ліками безкоштовно, тобто, вартість ліків входить у структуру вартості медичних послуг, що оплачуються касою хворих. Лікарі, які працюють у громадських амбулаторіях або мають приватний контракт з касою хворих, уповноважені касою хворих видавати рецепти на життєво необхідні (основні) ліки, перелік яких визначений спеціальним розпорядженням Міністра охорони здоров'я. За ці ліки, а також за прописані лікарем екстемпоральні ліки, застраховані вносять аптеці так звану договірну оплату. Згідно з законом про обов'язкове медичне страхування, ця оплата не може перевищувати 0,5%

розміру офіційно встановленого розміру мінімальної заробітної платні для життєво необхідних (основних) лікарських засобів (понад 110 найменувань), та 1,5% мінімальної заробітної платні у випадку придбання рецептурних ліків. При цьому, якщо ціна таких ліків є нижчою, ніж розмір договірної оплати (тобто, 0,5% або 1,5% розміру мінімальної заробітної платні відповідно), застрахований сплачує повну вартість.

За ліки, які входять до переліку допоміжних, застраховані вносять часткову оплату у розмірі 30% (понад 80 найменувань) чи 50% (понад 130 найменувань) вартості (ліміту ціни). Принципи договірної та часткової оплати ліків стосуються однієї упаковки основних та допоміжних ліків.

Слід зазначити, що існують додаткові можливості отримання ліків за низькими цінами для пацієнтів з деякими особливими видами хвороб, до яких віднесено 30 хронічних захворювань, в тому числі цукровий діабет, глаукома, епілепсія тощо. Зазначені пацієнти отримують ліки безкоштовно (понад 120 найменувань), за договірною оплатою (близько 50 найменувань), а також за оплатою, яка становить 30% (більше 40 найменувань) та 50% (10 найменувань) ліміту ціни. Існує також певний перелік груп пацієнтів, які мають пільги по забезпеченню ліками: інваліди війни, інваліди з числа військовослужбовців, заслужені донори крові. Інвалідам війни усі ліки надаються безкоштовно, а інвалідам з числа військовослужбовців та заслуженим донорам крові – безкоштовно ліки тільки із зазначених переліків.

Крім того, існує бюджетне фінансування забезпечення застрахованих ліками. Відповідні кошти направляються через Міністра охорони здоров'я до закладів охорони здоров'я, які надають дорогі високо-спеціалізовані послуги, складовою частиною яких є відповідна фармакотерапія, а також до закладів охорони здоров'я, що виконують спеціальні оздоровчі програми. Однак, обсяг цих коштів постійно зменшується, і каси хворих все більшою мірою беруть на себе відповідні витрати.

Забезпечення ліками, на які мають право застраховані по рецептах, відбувається на основі договорів між касами хворих та конкретними аптеками, в порядку, встановленому законом про обов'язкове медичне страхування. Кожні два тижні аптека має 5 днів для представлення відповідного звіту до каси хворих, а каса хворих впродовж наступних 15 днів після отримання звіту аптеки має відшкодувати їй кошти за надані застрахованим за рецептами ліки, причому за несвоєчасне відшкодування вартості ліків каса хворих сплачує аптеці відповідну пеню.

Оцінка

Запровадження реформи системи охорони здоров'я у Польщі має як позитивні, так і негативні моменти.

До безумовно позитивних моментів реформи слід віднести, перш за все, відокремлення цільових коштів на охорону здоров'я від бюджету, що дозволяє запобігти негативним наслідкам, пов'язаних з можливими “провалами” бюджету, що є особливо важливим для країн з перехідною економікою.

Крім того, позитивом є надана реформами можливість забезпечення громадського контролю за коштами в системі охорони здоров'я, та розвиток цієї системи на солідарній основі, поступове формування ринку медичних послуг і підвищення їх якості. Не менш важливими позитивними рисами реформи є започаткування змін у стереотипі мислення та способі поведінки пацієнтів і надавачів медичних послуг, підвищення відповідальності перших за власне здоров'я та необхідність його збереження і відповідальності других за якість медичної допомоги та раціональне з економічної точки зору використання відповідних фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів.

Проте запровадження реформи призвело і до ряду негативних явищ. Як головний недолік необхідно відмітити слабку промоцію реформи. Відсутність відповідної потужної інформаційної кампанії, пов'язаної із запровадженням змін у секторі охорони здоров'я спричинила багато інших недоліків і не забезпечила вчасної підготовки до запровадження новацій різних учасників системи охорони здоров'я, насамперед пацієнтів та надавачів медичних послуг, зумовила низький рівень їх задоволення реформою.

Багато проблем і труднощів, зумовлені затримкою у підготовці відповідних підзаконних актів на рівні виконавчої влади та самоврядування, необхідність яких було визначено законом про обов'язкове медичне страхування. Іншим важливим недоліком системи є необґрунтовано велика автономія лікарняних кас. Наслідком цього є відсутність універсальних підходів до змісту та структури документації, що вимагається касами від надавачів послуг, а також у змісті та процедурах отримання статистичної, медичної та фінансової звітності останніх; відсутність універсальних методів фінансування надавачів послуг та принципів визначення вартості медичних послуг і відповідних контрактів на їх постачання і, як наслідок, відсутність гарантій рівності доступу до медичних послуг для пацієнтів, які застраховані у різних касах.

Іншими характерними рисами, притаманними обраній і поки що діючій у Польщі моделі є:

- відсутність ефективної системи ідентифікації застрахованих і контролю за сплатою страхових внесків
- слабе інформаційне забезпечення системи обов'язкового медичного страхування;
- присутність стимулів до нарощування кількості послуг (принаймні лікарями-спеціалістами);
- тенденція до надмірного споживання послуг з боку пацієнтів;
- недосконалість використовуваного в даний час методу фінансової компенсації (вирівнювання ризиків) між різними касами хворих, який враховує лише вік застрахованих і не враховує інші фактори;
- відсутність ефективного методу оцінки медичних потреб застрахованих у кожній касі та їх відповідного медичного забезпечення, яке має передбачатися у контрактах з надавачами послуг;
- відсутність оцінки страхового ризику на загальнодержавному рівні, що не дозволяє поки що ефективно обґрунтовувати достатність розміру страхового внеску, який визначається законом;
- відсутність детальної інформації про обсяги послуг, що фінансуються лікарняними касами, за місцем надання цих послуг;

- досить низький рівень оплати праці медичного персоналу у громадських закладах охорони здоров'я.

4.2.3. Чеська Республіка

Страхове покриття

Система медичного страхування є обов'язковою і покриває всіх осіб, які постійно проживають в Чеській Республіці. Медичне страхування покриває витрати на діагностичну і терапевтичну допомогу, допомогу хронічно хворим, надання ліків та медичні технології, транспортування хворих.

Система фінансування охорони здоров'я в Чеській Республіці

Медичне страхування фінансується за рахунок колективних внесків та державного фінансування (для осіб, які є застрахованими, але не є економічно активними). Розміри внесків складають: для роботодавців – до 9% від виплачуваної зарплати; для працівників – до 4,5%; для осіб, що зайняті самостійно – до 13,5% та для держави – до 13,5% від розміру мінімальної заробітної плати. Державна субсидії і адміністративні витрати цієї системи покриваються з державного бюджету.

Збір коштів на медичне страхування

Адміністрація Соціального Страхування Чехії (CSSZ) є бюджетною організацією, головне завдання якої полягає в зборі внесків на основну пенсію, медичне страхування та страхування від нещасних випадків на виробництві. CSSZ відповідає за розрахунок та виплату допомоги за цими програмами і веде реєстр застрахованих осіб. Фінансування універсальної програми медичного страхування, що гарантується державою, покладене на окремі компанії (фонди) медичного страхування. Громадяни самостійно вибирають собі страхову компанію. Найбільший процент громадян є членами Фонду загального медичного страхування. Інші фонди страхують представників різних професій. Зараз ведуться дискусії щодо створення єдиного фонду медичного страхування. Рада Фонду загального медичного страхування складається з представників держави, працівників та роботодавців.

Структура та статус надавачів послуг

Національний уряд все ще є власником регіональних та університетських лікарень, де сконцентровано більш як 1000 ліжок і які також виконують функцію учбових лікарень. Ці великі лікарні надаються повний обсяг високо спеціалізованої допомоги. Хоча їх тільки 24 (12% всіх лікарень), в них розміщено 31% всього ліжкового фонду. Після розформування органів охорони здоров'я, які були власниками державних лікарень, невеликі лікарні перейшли у власність до районів та муніципалітетів. В цих лікарнях розміщено майже 60% всього ліжкового фонду. Районні лікарні надають допомогу за основними спеціальностями, мають свої власні відділення переливання крові та мобільну службу невідкладної допомоги. Вони мають, як правило, до 700 ліжок. Місцеві

лікарні мають менш 200 ліжок і чотири відділення: терапевтичне, хірургічне, педіатричне і акушерсько-гінекологічне.

Державними лікарнями керують директори; переважно це лікарі в минулому, хоча серед них все більше дипломованих менеджерів, юристів або економістів. В минулому директор був підзвітний перед муніципалітетом або Міністерством охорони здоров'я, але зараз він звітує раді, до складу якої входять представники муніципалітету, МОЗ, місцевих підприємств та працівників лікарні. Три замісника директора, головний лікар, завідувач сестринською службою та завідувач відділом фінансів допомагають директору лікарні. На практиці директор має значні повноваження.

На певних стадіях реформи в Чеській Республіці вважалось, що всі медичні заклади можуть бути приватизованими, але під час процесу приватизації виявилось, що дуже важко буде приватизувати спеціалізовані лікарні третинного рівня, не ризикуючи деякими важливими політичними цілями. Більша частина ліжкового фонду (більше 90%) залишається в державному секторі, незважаючи на політичні зусилля продовжувати приватизацію, і зараз більшість державних лікарень належать 14 регіональним адміністраціям.

Згідно з новим законом, прийнятим в 1997 році, державна конкуренція визначена основним принципом реорганізації системи охорони здоров'я. МОЗ запровадило програму реструктуризації лікарень. Ціль полягала у скороченні ліжкового фонду до 5 ліжок на 1000 населення і збільшенні кількості ліжок тривалого перебування до 2 на 1000 населення.

Укладання контрактів, оплата послуг та встановлення цін на послуги

В Чеській Республіці контракти між страховиками та лікарнями містять дані про обсяг та види послуг, метод відшкодування витрат, вимоги до надання інформації, умови припинення дії контракту та термін його дії. Основою для контракту є загальний Перелік послуг та процедур, яким визначається біля 5000 процедур. Лікарні мають право вирішувати, які види послуг надавати, але покриття витрат вони отримують лише для тих послуг, що перелічені в контракті. Вартість кожної процедури виражена у балах. Страхові компанії зобов'язані платити лікарям на основі кількості балів, які набрав лікар за період оплати. Співвідношення між одним балом і однією кроною встановлюється в процесі укладання колективного договору між МОЗ та представниками лікарів. Ліки та медичні засоби покриваються страховкою до певного фіксованого ліміту. Стоматологічна допомога покривається частково.

Спочатку страховики повинні були укладати контракти з будь-якими лікарнями, які подавали заявки на укладання контракту. Але з 1995 року теоретично було дозволене селективне контракування. На практиці ж рішення про укладання контрактів приймають не страховики, а комітет представників фондів медичного страхування, МОЗ, Палати лікарів та Асоціації лікарень.

Рахунки, що подаються страховикові, містять ідентифікаційних код пацієнта та перелік виконаних процедур. Близько 4500 процедур покриваються на основі балів, що відображають час виконання кожної процедури. Лікарні також

виставляють рахунки в балах за кожний день, проведений пацієнтом у лікарні, і крім того, отримують фіксовану суму на ліки. Прямі витрати на матеріали покривались в першу чергу, а кошти, що залишилися, ділились на загальну кількість балів. Кожен фонд медичного страхування нараховував свої бали вартості.

Згідно з законом 1997 року експериментально на 4 роки було запроваджено нову систему розробки бюджету для лікарень. З середини 1997 року витрати на стаціонарну допомогу в кожній лікарні покривалися згідно з бюджетом, що базувався на показниках попереднього календарного року з урахуванням рівня інфляції. Бали, що присвоюються згідно з Переліком процедур, використовуються для оцінки того, чи відповідає осяг діяльності лікарні її бюджету. В 19 лікарнях Чехії було експериментально запроваджено комбіноване щоденне нарахування, що базувалося на клініко-споріднених групах, з так званою системою класифікації "Grouper-AP-DRG-3M", адаптованою до умов Чеської Республіки. Ця нова система оплати повинна бути повністю запроваджена в недалекому майбутньому.

Незважаючи на деякі недоліки, Чеська Республіка є прикладом ефективного використання контрактів як інструменту здійснення закупівлі медичних послуг та звітності.

Забезпечення якості

Стандарти якості для лікарень запроваджуються повільно. Всі лікарні і медичні заклади проходять процес акредитації, який розпочався у 1995 році і здійснюється спільно МОЗ, фондами медичного страхування, асоціаціями лікарень та професійними палатами.

Експерименти

Система контрактних відносин в Чеській Республіці свідчить про те, що метод оплати за окремі послуги підвищує якість, кількість та вартість послуг, і дуже ускладнює контроль за загальними витратами. Для того щоб компенсувати зниження тарифів на послуги, надавані послуг збільшили їх кількість, чим знизили вартість балів. Крім того, такий підхід призвів до надмірної оцінки вартості деяких спеціальностей (таких як ортопедія та офтальмологія) у порівнянні з іншими спеціальностями, а в деяких регіонах, як наприклад в Празі, не враховувалася вища вартість робочої сили. Тому цю систему було експериментально змінено в 1997 році. Лікарняні витрати продовжували зростати незважаючи на ці зміни. Існує надія, що зростання витрат буде стримуватись введенням оплати на основі клініко-споріднених груп.

4.2.4. Угорщина

Система фінансування охорони здоров'я в Угорщині

Медична допомога надається в рамках соціального страхування і фінансується за рахунок внесків з боку роботодавців і працівників. Роботодавці сплачують

11% від валової заробітної плати працівників, а працівники – 3% від своєї валової заробітної плати.

Збір коштів на медичне страхування

Національне податкове управління та його місцеві філії відповідають за збір внесків соціального страхування на покриття витрат на медичну допомогу та пенсії, а також за їх перерахування до Національного фонду медичного страхування та до Національного пенсійного фонду. Управління також здійснює збір внесків на страхування безробітних. Держава гарантує покриття будь-якого дефіциту, що може виникнути у фонду медичного страхування.

Страхове покриття

У відповідності до закону про медичне страхування Угорщини існує два типи медичних послуг. Перші – це медична допомога, другі – це грошова допомога. Основний принцип полягає у тому, що медичні послуги надаються в тій мірі, в якій цього вимагає стан здоров'я особи. Є деякі послуги, витрати на які не покриваються страхуванням згідно з законом. Це послуги, які надаються виключно в естетичних цілях і не покращують стан здоров'я пацієнта. В цілому, медична допомога є безоплатною. Співоплата існує для покриття витрат на ліки. Повна вартість ліків покривається для інвалідів по професії та хворим на професійними захворювання, а також для деяких груп осіб похилого віку з низьким рівнем доходів та інвалідів.

Укладання контрактів, оплата та встановлення цін на послуги

В Угорщині контракти укладаються між Фондом медичного страхування та лікарнями, але затратна ефективність контрактів видається не дуже високою. Контракти містять інформацію про потужність лікарні, з якою укладено контракт – кількості ліжок та кількості годин роботи лікарів, – але вони не містять інформації про обсяги, спектр послуг та їх якість, хоча формально відшкодування залежить від результатів роботи (оплата на основі клініко-споріднених груп - DRG). Отже, в контрактах міститься інформація про витрати і послуги, а інші результати роботи згадуються тільки як категорії групових амбулаторних і стаціонарних послуг. Однак, формально страхові фонди здійснюють оплату за результатами діяльності лікарень, а не за витратами.

Структура та статус надавачів послуг

Медичні послуги надаються або лікарнями, які працевлаштовані місцевою владою, або незалежними лікарями, які уклали особисті контракти з місцевим відділенням Національного фонду медичного страхування. Заклади, що надають медичні послуги, зобов'язанні вести окрему звітність для коштів, отриманих від фонду медичного страхування.

Системи оплати

З 1993 року Адміністрація Національного фонду медичного страхування (АНФМС) почала укладати контракти з надавачами послуг, в тому числі і з

лікарнями, які базуються на результатах їх роботи. АНФМС оплачує первинну медичну допомогу на подушній основі, з поправкою на рівень кваліфікації надавача послуг та віковий спектр пацієнтів. Амбулаторні послуги спеціалістів покриваються на основі системи балів німецького типу. Лікарні отримують фінансування на основі груп однорідних захворювань (ГОЗ). Оплата за ГОЗ використовується для покриття витрат на заробітну плату та інших перемінних витрат, але не для покриття капітальних витрат (включно амортизації, капіталовкладень в будівлі і обладнання). Відносні значення ГОЗ оцінюються і поновлюються організацією Gyogyinfok, що є відділенням МОЗ. Остаточні вони схвалюються комітетом лікарів, призначених МОЗ. Вплив системи ГОЗ був суперечливим, частково через притаманні їй стимули, але частково і через інші фактори в сфері охорони здоров'я. В 1990-х роках кількість госпіталізацій збільшилась по мірі того, як тривалість перебування в лікарні скоротилась з 9,9 до 8,0. Крім того, зменшилась кількість ліжок на одного жителя.

Забезпечення якості

Згідно з Законом про систему охорони здоров'я, прийнятим в 1997 році, почалося запровадження програм управління якістю в медичних закладах Угорщини. В Законі містяться вимоги про дотримання прав пацієнтів та захист персональних даних. Закон не був реалізований повністю. Лікарі визначили мінімум стандартів і при проведенні першої інспекції виявилось, що більшість лікарень і відділень не відповідають їм. Оскільки доведення усіх їх до рівня визначених стандартів (обладнання, доступ до лабораторій та інше) вимагало величезних затрат, дане питання було тимчасово зняте з порядку денного.

Експерименти

Запровадження оплати послуг на основі клініко-споріднених груп передбачало встановлення зв'язку між доходами та якістю роботи (витратами і результатами). Однак, не були повністю прийняті до уваги інші стимули в лікарняній системі. Фонд медичного страхування продовжував укладати контракти з усіма лікарнями і оплачувати всі послуги, які вони надавали (не було селективної закупівлі послуг). Угорщина – це приклад слабого використання контрактів як інструментів закупівлі послуг і звітності. Неврегульованим залишилось і питання рівності державного і недержавного секторів внаслідок відсутності чітких принципів укладання контрактів з надавачами послуг із приватного сектору.

Реформа охорони здоров'я в Угорщині в 90-х роках передбачала пошук нових методів оплати. Однак, зміна одного тільки елемента лікарняної системи, а саме запровадження діагностично-споріднених груп, є недостатнім. Необхідні також зміни на фінансовому, юридичному та організаційному рівні. Крім того, слід звернути увагу на удосконалення системи стимулів в цілому.

4.2.5 Естонія

Система фінансування охорони здоров'я в Естонії

До 2000 року Естонія запровадила систему медичного страхування, що складається з регіональних лікарняних кас та центральної лікарняної каси. Завданням останньої є управління і перерозподіл коштів. Лікарняні каси фінансуються за рахунок страхових внесків. Вони мають контракти з державними, муніципальними та приватними надавачами медичних послуг. Роботодавці сплачують 13 % від фонду заробітної плати на внески медичного страхування.

З прийняттям у 1991 році Закону про медичне страхування державні лікарні перейшли у власність місцевих урядів. Міністерством соціальних справ (МСС) Естонії було також здійснено реформу ПМСД, в ході якої на сімейних лікарів було покладено роль “воротаря” на шляху до спеціалізованої допомоги. В 2001 році Естонія розпочала другий етап реформи системи охорони здоров’я. Після прийняття в 2000 році Закону про фонд медичного страхування колишні лікарняні каси було реорганізовано в єдиний фонд медичного страхування Естонії (ЄФМС). ЄФМС має 7 філій, які закупають послуги для контингентів свого населення кількістю від 70,000 до 490,000 чоловік. ЄФМС є автономною державною організацією. Новий закон завершив розмежування відповідальності за закупівлю послуг та їх надання і значно підвищив повноваження органів медичного страхування при веденні переговорів. Рада ЄФМС, що складається з 15 членів, має повні повноваження приймати рішення щодо організації, бюджету та правил укладання контрактів ЄФМС і включає в себе представників уряду, асоціацій роботодавців та представників населення. Інтереси лікарняного сектору не представлені в управлінні фондом медичного страхування.

Закон про організацію медичних послуг 2001 року замінив собою закон 1994 року і визначив юридичний статус лікарень. Фонд медичного страхування Естонії планує змінити фінансові стимули для лікарень. Урядом розроблено генеральний план, який визначає напрямки реструктуризації лікарняного сектору до 2015 року. Восени 2001 року розпочались парламентські слухання нового законопроекту про медичне страхування. Крім усього іншого, цей законопроект дасть нове визначення послуг в сфері медичного страхування і принципи співоплати.

Громадське (соціальне) медичне страхування було і залишається основним джерелом фінансування лікарень. В 1999 році на стаціонарну допомогу було витрачено 36% коштів усієї системи охорони здоров’я Естонії. ЄФМС покрити 93% цих витрат; решта була покрита за рахунок інших громадських джерел та приватне фінансування. В 1999 році загальні витрати на охорону здоров’я Естонії досягли 4,8 мільярди естонських крон, що еквівалентно 208 долларам США на одного жителя. ЄФМС покрити 68% загальних витрат на охорону здоров’я.

Страхове покриття та співплата

Обсяг послуг, що надаються за схемою медичної допомоги, залежить від наявного бюджету фонду медичного страхування. При покупці ліків застрахований має сплатити перші 2,5 євро вартості приписаних йому ліків і 50% від суми, що залишається. Решта вартості покривається лікарняною касою. Для деяких ліків, а також якщо пацієнтом є дитина, особа похилого віку, інвалід

або жертва Чорнобиля, пацієнт сплачує перший 1 євро, і в деяких випадках 10% решти вартості. Однак, в таких випадках пацієнт ніколи не платить більше, ніж 10 євро за необхідні ліки.

Два особливих види допомоги передбачено для людей з прибутком, нижчим за прожитковий мінімум. Перший – це покриття витрат на телефоні розмови для деяких категорій людей, що не працюють, живуть одні і потребують постійної медичної допомоги вдома, наприклад, сліпі люди, хворі на цукровий діабет, астму, та інші хронічні хворі. Другий – це повне або часткове покриття видатків на протезне, ортопедичне або інше медичне обладнання, потреба в яких виникла внаслідок хвороби, похилого віку або інвалідності.

Лікарняна каса та надавач послуг підписують між собою контракт. Застраховані мають право вільного вибору лікаря первинної практики. Коли застраховані отримують медичну допомогу, вони вносять помірну співплату в розмірі 0,25 євро, відому як плата за відвідування. Коли якась особа хоча отримати спеціальні медичні послуги або має особливі побажання щодо використовуваних матеріалів, вона має сплачувати більшу ціну. Розмір цієї оплати визначається в переліку цін, що видається Міністерством соціальних справ. Люди, які потребують медичної допомоги і не є застрахованими, залежать від місцевих урядів, які зобов'язані організувати надання відповідної медичної допомоги.

Укладання контрактів, оплата та встановлення цін на послуги

Після прийняття Закону про медичне страхування в 1991 році у фінансуванні лікарень відбулися зміни. Замість постатейного фінансування була запроваджена бальна система оплати лікарняної допомоги німецького типу. Регіональні лікарняні каси уклали контракти з лікарнями. Після кількох років ця бальна система перетворилася в чисту систему “оплати за окремі послуги”. У 2000 році перелік цін медичного страхування налічував 1892 позицій, але було розроблено і невелику кількість модулів оплати за закінчений випадок лікування, які використовувалися паралельно з системою “оплати за окрему послугу” (наприклад, нормальні пологи, видалення катаракти, і т.п.). На зміну стимулів лікарні відреагували збільшенням кількості послуг, скороченням середньої тривалості перебування в лікарні та підвищенням лікарняного обороту. Запровадження системи ПМСД на основі загальної лікарської практики також збалансувало фінансові стимули. В 1999 році вперше кількість відвідувань спеціалістів, госпіталізацій та деяких діагностичних процедур не зросла у порівнянні з попереднім роком. Крім того, кількість ліжко-днів на 100 жителів зменшилася з 257 в 1990 році до 194 в 1999 році, а середня тривалість перебування на ліжку – з 17,4 днів в 1990 році до 10,9 днів в 1999 році.

Створений у 2000 році ЄФМС, прийняв рішення ввести клініко-діагностичні групи для фінансування гострих випадків лікарняної допомоги, яке повністю увійде в дію з 2003 року. Очікується, що це збільшить мотивацію лікарень до підвищення своєї ефективності і нейтралізує стимули до збільшення ліжко-днів на одного пацієнта.

Лікарі можуть бути або працівниками медичних закладів, які мають контракти з фондом, або незалежними особами, що мають прямі контракти з фондом. Лікарі отримують заробітну плату від своїх закладів, в той час як лікарні та лікарі, що забезпечують себе роботою самостійно, отримують плату на основі “плати за послугу”. Розміри оплати містяться в переліку цін, що видається Міністерством соціальних справ.

Капіталовкладення

Лікарні можуть створювати трести згідно із законом про організації та володіти активами, але устав тресту забороняє йому ліквідувати активи. Якщо трест вирішить розпродати свої основні фонди, кошти повертаються до власників-засновників.

Структура і статус надавачів послуг

Після прийняття в 1994 році Закону про організацію медичних послуг більшість лікарень перейшли у власність місцевих урядів. Місцевий уряд надав керівникам лікарень лише обмежені права у прийнятті рішень і не надав їм права приймати рішення про фонди лікарні і отримувати прибуток від продажу активів. Оскільки більшу частину своїх доходів лікарня отримувала через контракти з лікарняними касами, місцеві уряди не були зацікавлені в роботі тих закладів, що їм належали, не здійснювали адекватного нагляду за їхньою роботою і не надавали необхідної допомоги. Згідно з Законом про організацію медичних послуг від 2001 року всі лікарні Естонії повинні до 2003 року бути перетворені у приватні або акціонерних компанії. Ключовим питання після завершення цих перетворень буде здійснення фінансового нагляду за діяльністю лікарень з метою попередження їх банкрутства.

Експерименти

На початку перехідного періоду Естонія мала надмірний ліжковий фонд. В 1994 році було проведено закриття ряду невеликих лікарень, що не відповідали критеріям ліцензування. Генеральний план реструктуризації лікарень передбачає, що кількість їх зменшиться з 68 в 2001 році до 13 в 2015 році. Основний критерій, що використовується у плануванні лікарняної потужності – це достатність контингенту населення для того, щоб забезпечити необхідну якість і ефективність обсягу послуг, а також розташування лікарні щонайбільше в 60 хвилинах їзди на автомобілі. Реалізація цього плану не означатиме закриття всіх надмірних лікарняних потужностей. Деякі лікарні будуть об’єднані, наприклад, до 2002 року 17 лікарень Талліна об’єднаються в 4 лікарняні мережі. З точки зору фонду медичного страхування це означатиме, що в 2001 році вони матимуть 4 контракти в Талліні замість 17.

Закон про організацію медичних послуг (2001) легалізує лікарняний генеральний план, надаючи ЄФМС мандат укладати принаймні 3-річні контракти на фінансування з лікарнями, які включено до генерального плану.

Фінансувати капіталовкладення в галузі охорони здоров’я залишається одним з тих питань, що все ще потребують вирішення. Закон про організацію медичної

допомоги (1994) зобов'язав власників лікарень (центральний або місцеві уряди) фінансувати капіталовкладення. Ця умова ніколи повністю не виконувалася і капітальний фонди лікарень за останні 10 років значно зносились. Надання лікарням статусу корпорації в рамках приватного права дозволить партнерам об'єднуватися в акціонерні компанії. Крім того, уряд запроваджує капітальні відрахування на фонди державних лікарень для того, щоб зрівняти капітальні витрати з різних джерел для керівників лікарень та їхніх власників. Це передбачає, що ЄФМС здійснить перегляд політики встановлення цін на медичні послуги для того, щоб внести положення про капітальні витрати.

4.2.6 Болгарія

Система фінансування охорони здоров'я в Болгарії

В 1999 році було прийнято закон про ОМС. Національний фонд медичного страхування (НФМС) – це орган, який, будучи страховиком, забезпечує надання обов'язкового медичного страхування. НФМС має окремий від державного бюджету, що є фінансовим планом збору і витрати коштів ОМС.

В Болгарії більшість державних лікарень страждають від хронічного дефіциту фінансових ресурсів. Матеріальні умови погані і обладнання зношене. Фактичні потреби лікарняного сектору в декілька разів перевищують поточні витрати: необхідно 1 мільярд євро, а тільки 250 мільйонів витрачається. Середня місячна заробітна плата лікаря складає 150 євро. В 1997-2000 роках кількість лікарень залишалася сталою – приблизно 276-288, в той час як кількість ліжок на 1000 жителів зменшилася до 6,6, при цьому очікують нові скорочення оскільки ліжка пустують (середня зайнятість ліжка 245 днів на рік).

З 2001 року лікарні фінансуються МОЗом, муніципалітетами, НФМС та іншими власниками. Таке об'єднане фінансування спрямоване на розподіл фінансової відповідальності за надання населенню всеохоплюючого пакету лікарняних послуг. Основна частина фінансування лікарень продовжуватиме надходити з державного та муніципальних бюджетів. Біля 80% їх бюджету буде виділятися, виходячи з попередніх витрат, і близько 20% представлятиме собою гнучкий бюджет, що в основному залежить від кількості пролікованих пацієнтів та інших показників якості та продуктивності. Муніципалітети можуть використати подібний метод для фінансування лікарень і диспансерів.

НФМС фінансуватиме приблизно 10% лікарняного бюджету, і ця частка буде з року в рік зростати. Внески на обов'язкове медичне страхування, запроваджене в липні 1999, складають 6% від податку на прибуток фізичних осіб. НФМС намагається поступово змінити характер фінансування лікарень з історичного на фінансування за результатами діяльності. Кошти також будуть надходити за рахунок офіційної співплати з боку застрахованих. Частка фінансування лікарень з боку НФМС буде зростати, і відповідно, розширюватиметься перелік послуг, витрати на які будуть покриватися. Ця стратегія спрямована на поступовий перехід від фінансування випадків за окремими діагнозами до фінансування за нозологічним спектром на основі клініко-діагностичних груп.

Такі поступові зміни у фінансуванні лікарняного сектору повинні забезпечити плавний перехід до нової системи з мінімальними труднощами для населення. Уряд та муніципалітети будуть продовжувати фінансувати частину поточних витрат.

Страхове покриття

Застраховані в рамках ОМС мають право: а) отримувати медичну допомогу в обсязі визначеному законом, Національним та регіональними контрактами; б) вибирати надавача ПМСД серед тих, які мають контракти з регіональними відділами медичного страхування; в) отримувати відшкодування своїх витрат на медичну допомогу, що була їм надана закордоном, при наявності на це попереднього дозволу з боку Національного управління платежів медичного страхування; г) отримувати інформацію від регіональних відділів платежів про контракти, укладені між відділом платежів та надавачами медичних послуг.

МОЗ визначає мінімальний обсяг лікарняної діяльності, який НФМС повинен профінансувати. Цей обсяг (пакет) включає в себе лікарняні послуги по 30 груп захворювань та 159 видів послуг згідно з наступними двома критеріями:

- Покриття витрат на лікування значних захворювань та груп пацієнтів: серцево-судинні захворювання, хронічні обструктивні захворювання легенів, новоутвори (особливо рак шийки матки, молочної залози, простати та кишечника), цукровий діабет, допомога матерям і дітям;
- Стани, що часто потребують госпіталізації, наприклад, аборти з медичних показів, пневмонія, холелітіаз.

Укладання контрактів, оплата та встановлення цін на послуги

Послуги надаються на основі контракту. Контракти бувають двох основних видів: Національний Рамковий Контракт та контракти між регіональними відділами медичного страхування (РВМС) та надавачами послуг. Національний контракт розробляється і підписується об'єднанням РВМС і представниками професійних організацій лікарів та стоматологів. Він регулює основні аспекти медичного страхування і визначає порядок укладання контрактів з лікарнями, вимоги до лікарняної допомоги, умови оплати, фінансового та медичного контролю якості та санкції. Друга стадія – це укладання індивідуальних контрактів між регіональними фондами медичного страхування та окремими лікарнями.

У 2001 році регіональні фонди заключили контракти з лікарнями на надання лише активної допомоги (лікарні невідкладної допомоги). Ці лікарні отримують оплату за лікування хворих на основі "витрат за один випадок" згідно з 30 клінічними протоколами. Протоколи схвалюються професійними організаціями, і відповідають мінімальному пакету, визначеному МОЗ. НФМС та регіональні фонди укладають контракти з лікарнями на лікування певних видів захворювань, за умови, що вони забезпечать такий стандарт лікування (наприклад, обладнання і штат), який відповідає клінічним протоколам. Це повинно забезпечити більш ефективне використання коштів у відповідності до найважливіших потреб і покращити результати лікування загалом.

Так звана Національна Карта Здоров'я, що видається МОЗ, містить мінімальну кількість лікарів та медичних закладів на один регіон, з якими НФМС повинен укласти контракти для того, щоб покрити застраховане населення регіону. Форма власності закладів не вказана, що дозволяє приватним лікарням укладати контракти з НФМС.

Забезпечення якості та акредитація

Медична допомога, що надається застрахованим, повинна відповідати правилам ефективної медичної практики. Ці правила приймаються професійними організаціями лікарів, стоматологів та Національним відділом медичного страхування, а також МОЗ. Ними визначається вимоги до своєчасності, доступності та якості медичної допомоги.

Закон про медичні заклади передбачає проходження всіма лікарнями та деякими амбулаторними закладами обов'язкової акредитації. Порядок акредитації визначається наказом МОЗ, Вищою радою акредитації та 400 експертами в сфері акредитації. Критерії акредитації охоплюють структуру, навички штату, обладнання, ефективність (витрати та результати) і якість. Процес акредитації змусить лікарні об'єднатися або закрити ті лікарні, показники яких незадовільні. Після її проведення лише акредитовані лікарні зможуть отримати контракти.

Структура та статус надавачів послуг

У відповідності із Законом про медичні заклади (1999) державні лікарні, що належать державі (національні, університетські, міжрегіональні) та муніципалітетам (що обслуговують один або кілька муніципалітетів) повинні бути перетворені в комерційні компанії (компанії з обмеженою відповідальністю у власності муніципалітетів або акціонерних компаній, при цьому держава залишатиметься основним акціонером), які надаватимуть конкретний обсяг медичних послуг. Ця ініціатива спрямована на створення економічно незалежних та ефективних лікарень, поліпшення управління ними, сприяння розвитку підприємництва, залучення капіталовкладень в інфраструктуру та штат, та отримання додаткових прибутків.

Згідно з Законом про ОМС медична допомога в системі ОМС надається медичними закладами будь-якої форми власності, а також особами, що займаються індивідуальною лікарською практикою і які отримали ліцензії та пройшли акредитацію у відповідності з порядком, встановленим МОЗ.

За умовами контракту медичні заклади несуть відповідальність за обсяг та якість медичної допомоги, яку вони надають, а також за відмову надавати медичну допомогу застрахованим..

Системи оплати та заохочення персоналу

Щоквартально страхова компанія сплачує всі витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги застрахованим в межах передбачених Загальною програмою, на основі рахунків, поданих медичними закладами. Медичний

заклад подає рахунок на основі розрахунків витрат згідно з реєстром застрахованих осіб, які звернулися за медичною допомогою у відповідний період часу.

Лікарні, що є компаніями з обмеженою відповідальністю з більш ніж 50% участю в акціонерному капіталі держави або муніципалітетів повинні виконувати державні положення щодо розмірів заробітної плати. Основний принцип полягає в тому, щоб пов'язати заробітну плату з показниками фінансової діяльності. До 40% надходжень поза межами державного субсидіювання (тобто: НФМС, плата пацієнтів та плата за надання приватних послуг) може використовуватися на створення фінансових стимулів для штату, шляхом підвищення заробітної плати.

Експерименти

Оскільки програма ОМС в Болгарії була запроваджена тільки в 1999 році, систематичні оцінки нової системи ще не проводились. Законодавство особливо регулює контрактні відносини між фондами та надавачами послуг. Однак, практична реалізація програми в лікарнях розпочалася лише в липні 2000 року. З середини 1999 року витрати на амбулаторну допомогу покриваються національним страхуванням, але низький розмір страхового внеску (6% від прибутку) та низькі прибутки працівників і роботодавців не дозволили запровадити нову систему в лікарняний сектор відразу в повному обсязі.

4.2.7 Латвія

Система фінансування охорони здоров'я в Латвії

В Латвії відбулась консолідація 33 місцевих лікарняних кас у 8 регіональних Лікарняних кас, які укладають контракти з лікарнями на надання останніми базового обсягу медичних послуг. Служби спеціалізованої та високо-спеціалізованої допомоги зараз об'єднуються з регіональними лікарняними касами. Лікарняний сектор залишається на 98% державним, він все характеризується надмірними потужностями та неефективністю при наданні медичної допомоги. Високо-спеціалізованої державні лікарні все ще фінансуються за кількістю штату та ліжок.

Програма базового обсягу послуг фінансується згідно з кількістю ліжко-днів, але зараз робиться перехід до механізму клініко-статистичних груп.

Збір коштів

Кошти на покриття мінімального пакету послуг збираються з наступних джерел:

- 1) Частина податкового прибутку населення 28,4% згідно з державним бюджетом, ця частина не є фіксованою і коливається в залежності від розміру зібраних податків;
- 2) Фіксовані субсидії з державного бюджету;

- 3) Співоплата з боку пацієнтів, що вноситься самими пацієнтами або третьою особою замість них – сім'єю, роботодавець або приватним страховиком;
- 4) Інші платежі з боку третіх осіб.

Страхове покриття та співоплата

У відповідності з державним наказом, починаючи з серпня 1995 року, медичні заклади можуть брати плату з пацієнтів в межах базового обсягу послуг до 25% від вартості послуг, що надаються. Муніципалітети можуть регулювати цей процент, за виключанням тих випадків, коли допомога надається дітям віком до 18 років, вагітним та пацієнтам, що отримують невідкладну медичну допомогу, плата за яку не стягується. Мінімальний обсяг медичних послуг, який було включено в базовий пакет, може бути розширений в залежності від економічних можливостей муніципалітетів, що дасть можливість їм виділяти додаткові ресурси на фінансування медичної допомоги.

Державною програмою медичної допомоги (1995) передбачалось надання медичних послуг в спеціалізованих державних медичних закладах. Це лікування та реабілітація психічних захворювань та різних видів залежності, туберкульозу, хронічних захворювань легенів, онкологічних захворювань, первинної та вторинної реабілітації, лікування препаратами крові та розчинами, що вводяться внутрішньовенно, перинатальну допомогу та лікування прокази. Державна програма також покриває всі витрати на невідкладну допомогу. Крім того, до цієї програми були включені адміністративні витрати, витрати на державну медичну статистику, екологічні програми і охорону громадського здоров'я, проведення реформи системи охорони здоров'я, судово-медичну експертизу, патолого-анатомічну службу, програми імунізації, планування сім'ї, а також на заходи, пов'язані з ліцензуванням та контролем медичних закладів та працівників.

Так званий базовий пакет послуг визначив мінімальний обсяг медичної допомоги, яку повинні надавати всім жителям державними та муніципальними закладами. Ці послуги оплачуються територіальними лікарняними касами, з бюджету муніципалітетів, а також самими пацієнтами згідно із законом про часткове покриття пацієнтами витрат на медичну допомогу.

Послуги, що фінансуються і не фінансуються лікарняними касами

Позитивний перелік

- Невідкладна допомога, що надається незалежно від місця проживання пацієнта;
- Діагностика гострих та хронічних захворювань, їх лікування та динамічне спостереження за ними;
- Відвідування вдома тих пацієнтів, чий стан здоров'я не дозволяє їм відвідувати медичний заклад;
- Огляд вагітних, допомога в пологах та при патології вагітності;
- Профілактика, діагностика та лікування інфекційних захворювань, ЗПСШ та інфекційних захворювань шкіри;

- Специфічна та неспецифічна вакцинація і специфічна імунотерапія у відповідності до наказу департаменту охорони здоров'я Міністерства соціальної допомоги;
- Всі види медичної допомоги дітям до 18 років, включаючи стоматологічну допомогу;
- Медична допомога на випадок травматизму та професійних захворювань;
- Забезпечення ліків, до яких застосовуються знижки згідно з наказом Міністерства соціальної допомоги;
- Медична допомога особам, що потерпіли від Чернобильської аварії.

Негативний перелік

- Стоматологічна допомога дорослому населенню;
- Спеціалізована допомога у випадку проведення планових операцій або лікування хронічних хворих за межами місця проживання пацієнта або без направлення лікуючого лікаря;
- Лікування в центрах реабілітації та санаторіях;
- Аборти без медичних або соціальних показів;
- Деякі види офтальмологічної допомоги;
- Лікарняні каси не фінансують капіталовкладення: витрати пов'язані з капітальним ремонтом або будівництвом медичних закладів.

Надавачі послуг отримали дозвіл брати з пацієнтів плату: 0,2 латів за візит до закладу ПМСД, 0,40 латів за відвідування хворого вдома та 0,45 латів добових за один день перебування в лікарні. Ці платежі відносяться до медичних послуг, які включені як в державну програму, так і в базовий пакет.

Медичні заклади можуть стягувати з пацієнтів співоплату за послуги, що включені в базовий пакет, у розмірі не більше 15% вартості послуги, що надається. Ця співплата визначається Міністром і є єдиною для всієї країни. Але оскільки є групи населення, які звільнені від співоплати, пряма оплата пацієнтів "з кишені" покриває приблизно 4% від загальних виплат надавачам послуг.

Забезпечення якості

Якість та обсяг послуг, що надаються, контролюються лікарями-інспекторами територіальних лікарняних кас, Інспекцією контролю якості медичної допомоги та Експертизою інвалідності або запрошеними нею експертами.

Збір коштів медичного страхування

Державні програми медичної допомоги фінансуються безпосередньо за рахунок доходів державного бюджету згідно з положенням про бюджет поточного року.

Згідно з положенням, державна програма, підпрограми та інші заходи повинні фінансуватися Державним центральним фондом медичного страхування. Кошти Центрального фонду формуються за рахунок:

- 1) цільової частини прибуткового податку, що надходить на рахунок фонду від Служби державних надходжень;
- 2) надходжень від муніципалітетів, які мають контракти з Міністерством Фінансів про збір прибуткових податків;
- 3) частина базової бюджетної субсидії із загальних державних надходжень для покриття витрат на надання базового пакету послуг.

Розподіл коштів

Кошти лікарняних кас використовуються на наступні цілі:

- для створення фонду резерву та розвитку;
- для оплати надання послуг закладами ПМСД (за системою балів);
- для фінансування спеціалізованої допомоги (згідно з вартістю ліжко-дня та системою балів);
- для покриття витрат згідно з контрактами з аптеками;
- для покриття витрат на невідкладну допомогу;
- для оплати міжрегіональних рахунків;
- для покриття поточних витрат самої лікарняної каси (до 2% від суми зібраного прибуткового податку на охорону здоров'я)

Оплата ПМСД

Лікарі ПМСД мають індивідуальні контракти з місцевими лікарняними касами. Ці контракти не є стандартними для всієї країни. Деякі лікарі отримують заробітну плату, яка не залежить від обсягу та типу послуг; деякі отримують подушну оплату; інші – оплату на основі системи балів. Власники клінік ПМСД – муніципалітети, – як правило, повинні фінансувати експлуатаційні витрати закладів та забезпечувати клініки необхідним обладнанням. Ці статті видатків не покриваються лікарняними касами.

В рідко населеній місцевості лікарі ПМСД, які отримували оплату на основі бальної системи, не мають змоги отримувати достатній прибуток, в зв'язку з чим муніципалітети здійснюють їм додаткові виплати.

Іноді обґрунтованість направлень з боку лікарів ПМСД інспектується лікарями-контролерами. Якщо виявляється, що лікар ПМСД був у стані самостійно лікувати хворого, на нього накладають штраф у розмірі 1 лат, який сплачується на користь спеціаліста.

Загальної системи зворотного зв'язку з лікарями ПМСД, яка б давала змогу проводити порівняльну оцінку їх діяльності і якості допомоги, не існує. Єдиний зворотний зв'язок – це нечасті відвідування лікаря ПМСД лікарями-контролерами лікарняної каси.

Експерименти та проблеми

Недостатнє фінансування

Лікарні, в середньому, використовують 40% свого бюджету на покриття матеріальних витрат (оренда, електроенергія, опалення, водопостачання,

послуги пральні, їжа тощо) та 60% на виплату заробітної плати та на соціальне страхування.

Фінансовою проблемою є те, що лікарня отримує лише 80% всього свого бюджету від лікарняної каси, 20% має покриватися оплатою з боку пацієнтів: 1 лат за один день перебування у лікарні, 15% - гонорари та інші нарахування за надання послуг, вартість яких в балах перевищує 1100 балів.

□

Якщо держава не може забезпечити достатніх надходжень і муніципалітети не виконують своїх фінансових зобов'язань, відбувається компенсаторне підвищення розміру співоплати з боку пацієнтів. Всі надавачі медичних послуг мають право брати плату з пацієнтів у розмірі, що не може перевищувати 25 % від загальної вартості послуг, оплачуваних лікарняною касою.

□

Для захисту громадян від можливих витрат через необхідність вносити додаткову плату за лікування було запроваджено добровільне медичне страхування. Регіональна лікарняна каса Риги продає страхові поліси цього виду страхування з метою покриття витрат з кишені пацієнтів: "зелена картка" за 30 латів на рік на одну особу покриває 15% гонорарної оплати та 5% співоплати. "Червона картка" за 18 латів на одну особу на рік покриває лише 5% від співоплати. Але приватне медичне страхування є надто дорогим для більшості громадян, навіть при наявності знижок для пенсіонерів та людей, що живуть за межею бідності, а також для дітей та студентів.

□

Системи оплати

Сильними сторонами систем, що базуються на принципі "оплати за окремі послуги", є по-перше, тісний зв'язок між доходами надавача послуг та фактично виконаною роботою, і, по-друге, можливість аналізувати поведінку надавача послуг. Однак, такі системи потребують відповідного комп'ютерно-інформаційного забезпечення, чого в Латвії поки-що немає.

Система "оплати за окремі послуги" вимагає також значних адміністративних зусиль та витрат. Надавачі послуг повинні вести справи та підтримувати комунікацію з кількома лікарняними касами. Крім того, система "оплати за послугу" може призвести до зростання загальних витрат, створюючи стимули для лікарів проводити надмірну кількість процедур з метою отримати якомога більшу кількість балів (попит, зінціюваний надавачем). В зв'язку з цим, виникає потреба у запровадженні адекватної системи контролю.

Для того щоб якимось чином контролювати кількість балів, що їх пред'являють до оплати лікарі, звичайно запроваджують верхню межу суми балів, яку лікарі можуть пред'являти страховим компаніям до оплати. Система відшкодування балів та щоденних витрат створює стимул максимально збільшувати кількість балів та ліжок-днів, підтримувати високий рівень зайнятості ліжок та надмірно використовувати ліжковий фонд та штат медсестер. Тому існують деякі обмеження, що мають на меті попередити зловживання системою, а саме: завчасне визначення спектру пацієнтів, яких необхідно пролікувати, та фіксованого терміну середньої тривалості перебування в лікарні.

4.3. Підсумки і висновки

Серед країн, що здійснюють перехід до ринкової економіки, Угорщина, Чеська Республіка та Естонія можливо мають найбільш розвинені системи ОМС. Особливо цінним є досвід цих країн в укладенні контрактів між фондами (компаніями) медичного страхування та надавачами послуг. Крім того, незважаючи на певні проблеми, система збору коштів на медичне страхування в цих країнах є досить стабільною і розвиненою.

Однак, надавачі послуг в цих країнах не є незалежними, як це повинно було б бути в ідеальній схемі медичного страхування. Питання статусу надавачів послуг матиме важливе значення і в Україні, особливо, якщо буде прийнято закон про ОМС.

В Угорщині, Чеській Республіці та Естонії правила ОМС неодноразово змінювалися за останні 10 років з метою підвищення ефективності системи. Це свідчить про те, що нелегко знайти “зрілу модель” ОМС за короткий проміжок часу, і що кожна країна має пройти певний розвиток, протягом якого правила та положення можуть неодноразово переосмлюватись і змінюватись. Реформи повинні ретельно плануватись для уникнення очевидних помилок, а якщо ж вони все ж трапляться, необхідна воля для їх якнайшвидшого виправлення.

Загалом, обсяг медичної допомоги, пропонованої в рамках ОМС в країнах Центральної та Східної Європи, є досить всеохоплюючим. Вилученим з “обов’язкових” переліків є, як правило лише деякі види лікування за естетичними показами. Прикладом базового пакету для України може бути закон про ОМС Росії та його додаткові положення, а також латвійський закон. Однак, кожна країна має свої специфічні особливості і звичайно Україна має розробити свій базовий пакет, виходячи зі своїх власних умов.

Збір коштів до фонду медичного страхування є нелегкою справою для країн Центральної та Східної Європи (наприклад, в Російській Федерації фондами медичного страхування покривається лише 17-19 % витрат на охорону здоров’я). Імовірно, це буде нелегким завданням і для України. Урок для України може полягати в тому, що всі сторони повинні брати участь в обговоренні процесу реформ і бути завчасно повідомленими про зміни, що наближаються. Місцеві керівники повинні брати участь в підготовці реформ, забезпечуючи потік інформації на місцевому рівні. Перехід до системи ОМС – це радикальний перехід від минулого у майбутнє, і можливо, найкращий спосіб просуватись вперед – це йти поступово, забезпечуючи незворотність змін на кожному наступному етапі.

Нелегкою є проблема багатоканальності фінансування медичної допомоги. Приклад багатьох країн свідчить, що важливо чітко визначити області відповідальності різних сторін (місцевої адміністрації, муніципалітетів, лікарняних кас) за фінансування тих чи інших послуг і за капітальні інвестиції. Відсутність такого розмежування може призводити до конфліктів і зниження якості послуг. Розмір страхових внесків є різним в різних країнах. Як правило, фінансування здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, державного

бюджету та страхових внесків, що сплачуються роботодавцями та працівниками.

Види та структура, а також ступінь незалежності фондів/страхових компаній є різними для різних країн. В більшості країн незалежність їх діяльності гарантується радою, до складу якої входять представники держави, роботодавців та працівників, та широкими повноваженнями їхніх директорів.

Досвід країн центральної та східної Європи показує, що запровадження системи ОМС не обов'язково призводить до викорінення прихованої співоплати пацієнтами. Щоб це відбулось, ОМС повинно створити нові стимули для лікарів та інших медичних працівників. Одне з вирішень проблеми може полягати у одночасному із запровадженням ОМС підвищенні заробітної плати медичних працівників. Зростаюча ефективність витрат також має підвищити прибутки лікарів, медсестер та іншого медперсоналу.

Значною загрозою реформі в Україні може стати протидія самих лікарів, оскільки вони бояться втратити прибуток внаслідок зменшення незаконних платежів. Тому перегляд розмірів заробітної плати повинен бути одним із кроків реформ. Крім того, підготовка та інформування медичних працівників і обговорення разом з ними проблем сприяє запровадженню змін в медичних кадрах. В будь-якому випадку необхідно усвідомлювати той факт, що викорінення прихованих платежів потребує часу. Польща та Болгарія запровадили нову систему ОМС лише три роки тому. Польща зіткнулася з багатьма проблемами, характерними для початкового етапу, але можна вивчити ті чисельні заходи, за допомогою яких в Польщі намагалися скоротити видатки і підвищити витратну ефективність медичних закладів у новій системі фінансування.

РОЗДІЛ 5

МОЖЛИВОСТІ І ВАРІАНТИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

5.1. Основні Принципи

На нашу думку, реформа системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні відбуватиметься в рамках загальноприйнятих у Європі принципів соціальної рівності, справедливості і солідарності при організації і наданні послуг з охорони здоров'я, оскільки саме такий підхід дозволив європейським країнам досягти високих показників стану здоров'я своїх громадян.

5.2. Можливі варіанти розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні

Досвід країн Європейського Союзу, а також країн центральної і східної Європи колишнього радянського табору, які порівняно недавно стали на шлях реформ, показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування, і в рамках соціального медичного страхування. В багатьох країнах Європейського Союзу держава приймає участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій, або іншим чином).

Отже, вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному:

- 1) зберегти бюджетну систему фінансування,
- 2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування, чи
- 3) створити змішану систему, запровадивши обов'язкове медичне страхування і зберігши при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги?

Якими є перспективи вирішення кожної із згаданих у розділі 2 проблем при виборі кожного з цих напрямків?

5.3. Забезпечення достатнього рівня фінансування галузі

При збереженні бюджетної системи фінансування і існуючої структури доходів державного та місцевих бюджетів, а також в умовах відсутності сформованих галузевих груп інтересів, які б могли здійснювати реальний вплив на процес обговорення і затвердження державного бюджету і міжбюджетних трансфертів, пріоритети галузі охорони видаються надто слабкими, а істотне збільшення асигнувань на потреби охорони здоров'я – малоімовірним.

Звичайно, номінальне зростання асигнувань відбуватиметься по мірі зростання економіки, але радикальних змін, які б привели до корінного зростання частки витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП, у найближчі роки очікувати не можна буде.

Очевидно, такий висновок поділяється і законодавцями і керівництвом галузі охорони здоров'я в Україні, оскільки протягом останніх кількох років основний наголос у вирішенні проблеми недостатнього фінансування галузі робиться на запровадженні обов'язкового медичного страхування⁷.

Медичне страхування являється, по-суті, податком на охорону здоров'я, перевагою якого є цільове спрямування коштів на потреби галузі. Розмір внеску на ОМС може або визначатись законом (наприклад, в Польщі), або встановлюватись самостійно окремими фондами медичного страхування (наприклад, в Німеччині), виходячи з потреб застрахованого пулу осіб.

Фонди медичного страхування в значно меншій мірі, ніж бюджетні асигнування, є предметом політичних торгів, а тому система охорони здоров'я, що фінансується за рахунок внесків на медичне страхування, може вважатись більш незалежною від політичної кон'юнктури і більш передбачуваною у плані грошових надходжень. В цьому полягає політична вигода системи обов'язкового медичного страхування. В той час, як при бюджетному фінансуванні завжди існує спокуса для політичних опонентів використати факт недостатнього фінансування охорони здоров'я для звинувачення уряду у приділенні недостатньої уваги здоров'ю платників податків, при страховій системі уряд має лише обмежене відношення до обсягів фінансування і тому в значній мірі позбавлений таких звинувачень.

Для забезпечення принципу рівного і справедливого доступу до послуг в системах соціального медичного страхування часто застосовуються механізми вирівнювання ризиків. Це значить, що страхові внески перерозподіляються між фондами згідно із віковою і статеву структурою застрахованого населення. Аналогом таких механізмів у бюджетних системах є фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, за допомогою яких відбувається подушне (per capita) фінансування територій (наприклад, в Україні, у Великій Британії).

Перерозподіл ризиків є однією з рис, яка відрізняє обов'язкове медичне страхування від добровільного. У добровільній системі оцінюється особистий ризик захворюваності (або сукупний ризик групи осіб) і визначається особиста (групова) ставка страхового внеску, яка компенсує цей ризик. У обов'язковій системі, оскільки її ціллю є забезпечення рівного доступу до послуг усіх застрахованих, незалежно від стану здоров'я особи (або групи осіб), індивідуальний ризик не береться до уваги.

Механізми компенсації ризиків дозволяють запобігти такому явищу як *селекція ризиків*, суть якого полягає в тому, що при добровільному страхуванні особам з попередньо існуючими захворюваннями або відмовляють у страховці або пропонують сплачувати надзвичайно високі внески. Заборона селекції ризиків у обов'язковому медичному страхуванні звужує сферу конкуренції між страховиками до ефективного управління страховими пулами з компенсованими ризиками – навіть якщо система ОМС в даній країні (наприклад, в Німеччині)

⁷ Концепція розвитку системи охорони здоров'я в Україні. 2000 р.

передбачає діяльність на одній території кількох фондів обов'язкового медичного страхування.

Що стосується розподілу суми страхового внеску між роботодавцями і працюючими, це питання має скоріше теоретично-політичний, ніж економічно-прикладний характер. Оскільки і страхові внески і, витрати на заробітну плату відносяться роботодавцями на витрати виробництва, при зміні одних компонентів цих витрат відбуватимуться компенсаторні зміни інших: якщо сплата всього внеску на ОМС буде покладена на роботодавців, вони шукатимуть спосіб зменшити (або не збільшувати) розмір заробітної плати, у вигляді проценту до якої цей внесок, як правило, і сплачується.

Яким би чином не розподілявся внесок на ОМС між роботодавцями і працюючими, запровадження обов'язкового медичного страхування сприймається роботодавцями як додатковий податок, що впливає на конкурентоздатність місцевої економіки, і як такий, викликає невдоволення роботодавців, які можуть вимагати компенсаторного зменшення податкового навантаження (понад те, яке забезпечується віднесенням внесків на ОМС на витрати виробництва).

Підхід до вирішення цієї проблеми залежить від цілей, які переслідуються при запровадженні ОМС. Наприклад, в Польщі проголошеною метою запровадження ОМС було не збільшення асигнувань на соціальну систему охорони здоров'я, а підвищення ефективності цієї системи. А тому внесок на обов'язкове медичне страхування просто був виділений зі структури податку на дохід фізичних осіб. Внаслідок цього збільшення загального податкового навантаження в економіці не відбулось.

В Україні ж, як уже зазначалось, з самого початку дискусій про ОМС воно розглядалось як потенційне джерело залучення у систему додаткових коштів, і ідея компенсаторного зниження інших податків не розглядалась. Імовірним результатом такого підходу, якщо ОМС все таки буде запроваджене, може стати компенсаторний перерозподіл структури виробничих видатків із відносним зниженням в ній величини заробітної плати.

Якими б не були джерела фінансування, проблеми, з якими стикаються управлінці в системі охорони здоров'я, а також інструменти, якими вони користуються для вирішення цих проблем, є подібними. Головним завданням в кожному разі є забезпечення якомога тіснішого зв'язку між фінансуванням і кількістю та якістю послуг, що надаються громадянам лікувально-профілактичними закладами за громадські кошти при збереженні рівно справедливого доступу до послуг.

Незалежно від того, бюджетною чи страховою буде система охорони здоров'я в Україні, першочерговим кроком, який необхідно здійснити для забезпечення такого зв'язку, бачиться розмежування функції фінансування і надання медичних послуг. Розпорядники коштів повинні мати оперативну свободу спрямування ресурсів у напрямку тих надавачів, які пропонують найкраще співвідношення *ціна-якість*. Право ж надавачів отримувати асигнування повинно бути не безумовним (як це має місце в Україні для бюджетних

установ), а реалізовуватись через узгодження із фінансуючою стороною обсягів і якості послуг, що надаються лікувально-профілактичним закладом.

В системах обов'язкового медичного страхування розпорядником коштів виступає сам фонд ОМС (наприклад у Німеччині, Франції). У Великій Британії, де Національна служба охорони здоров'я фінансується з бюджету, це розмежування забезпечується покладеним на регіональні адміністрації охорони здоров'я обов'язку закуповувати послуги у незалежних лікарів та лікувально-профілактичних закладів.

Для того, щоб розмежування повноважень розпорядника коштів і надавачів послуг сприяло підвищенню ефективності системи, необхідно також змінити і *економічно-правовий статус надавачів медичної допомоги*. Лікувальні заклади і незалежні лікарі (або їх групи) повинні стати автономними учасниками господарської діяльності. Їм необхідно надати право укладати контракти з іншими суб'єктами господарської діяльності, брати позики, самостійно керувати активами, що знаходяться в їх розпорядженні. Обмеженість свободи дій сьгоднішніх керівників бюджетних лікувальних установ в Україні є зворотнім боком гарантованого (хоча й недостатнього) фінансування. Якщо вони позбавляються таких гарантій, то повинні позбутись і накладених на них обмежень.

Хочеться зайвий раз підкреслити, що розмежування повноважень і автономність лікувальних закладів є двома сторонами однієї медалі. Немає сенсу проводити розмежування без зміни статусу закладів охорони здоров'я – в такому випадку заклади залишаться безправними, а отже і безвідповідальними.

Наступним важливим кроком, без якого неможлива побудова ефективної системи охорони здоров'я, є розробка і запровадження прозорого механізму визначення пріоритетів і розробка на його основі пакету послуг, що надається за рахунок громадських коштів. Іншими словами, розпорядник бюджетних коштів або фонд ОМС сумісно з іншими зацікавленими сторонами (представниками громадськості, пацієнтів, медпрацівників) повинні визначити, надання яких послуг і в яких обсягах вони здатні оплатити за рахунок існуючих коштів.

Чому цей крок є важливим?

Хочеться це комусь визначати чи ні, але ресурси будь-якої системи охорони здоров'я є обмеженими. Це означає, що задовольнити всі можливі потреби в послугах не зможе жодна з них. Як наслідок, відбувається нормування послуг, яке може набувати наступних форм:

- гарантований пакет (перелік послуг, які оплачуються за рахунок бюджетних або страхових фондів),
- черга на госпіталізацію або на прийом до лікаря-спеціаліста
- позитивний (або негативний) перелік ліків (які оплачуються (або не оплачуються за рахунок бюджетних або страхових фондів)
- спів-оплата пацієнтами

Вкрай важливо, щоб всі зацікавлені сторони розуміли, що названі та інші можливі форми нормування послуг є не проявом діяльності темних політичних

сил, а лише природнім наслідком обмеженості ресурсів. Звичайно, при неефективному управлінні пакет буде меншим, черги – довгими, перелік – коротшим, а спів-оплата – більшою. Але зовсім їх ліквідувати не вдасться ніколи. Можна зменшити спів-оплату, але тоді збільшаться черги і зменшиться перелік. І навпаки, черги можна вкоротити, але тоді зменшиться перелік і збільшиться спів-оплата.

Відповідно, продуктивна дискусія повинна фокусуватись не на повній ліквідації черг, а на тому, як їх зробити коротшими а їх правила прозорішими; не на включенні у “гарантований пакет” всіх можливих послуг і ліків, а на обговоренні того, який з пропонованих їх наборів дозволить краще зберегти і зміцнити здоров'я громадян.

В залежності від існуючих у даній країні культурних традицій, прийняті в ній методи нормування медичних послуг можуть бути або явними або неявними. В першому випадку розробляються формальні правила і процедури, а також закріплюється відповідальність учасників процесу надання медичної допомоги за втілення цих правил і процедур у життя. В другому – при нормуванні покладаються на неформальні правила і існуючу культуру взаємовідносин між учасниками надання медичної допомоги.

Важливо пам'ятати, що процес визначення пріоритетів і нормування тісно пов'язані з процесом фінансування, оскільки елементом аналізу в кожному разі є ресурсо-ємність послуг, виражена їх вартістю.

Остаточне рішення щодо того, в якій формі відбуватиметься нормування медичних послуг і наскільки формалізованими будуть підходи в Україні, залежить від самих українців. В той же час, приймаючи до уваги поширення руху за права пацієнтів, з одного боку, і запровадження в системі охорони здоров'я нових методів оплати послуг (контрактних відносин між платниками за послуги – бюджетом або фондом медичного страхування – та їх надавачами) з іншого боку, можна припустити, що більш формальний підхід міг би успішніше запобігати конфліктам у системі і сприяв би її стабільності.

Чітке визначення обсягу гарантованих послуг вигідне всім учасникам соціальної системи охорони здоров'я.

Медпрацівникам таке визначення дає істотний захист від вимог громадськості і політиків надавати усі можливі види послуг без відповідного забезпечення цих вимог ресурсами (як це має місце в Україні). Крім того, медичні працівники, маючи перед собою чіткі правила і стратегію визначення суспільних пріоритетів і знаючи, які види допомоги забезпечуватимуться за рахунок громадських фондів, а що залишатиметься для ринку приватних послуг, зможуть ефективніше планувати свою майбутню професійну діяльність.

Керівники галузі отримають у своє розпорядження важливий інструмент планування структури і обсягу послуг, надання яких даній громаді вони повинні забезпечувати, і в першу чергу – планування довгострокових інвестицій. Це стане можливим завдяки чітко сформульованому прогнозу громадських потреб в даній сфері.

Пацієнти (клієнти системи охорони здоров'я) отримують чітке уявлення про те, які послуги вони можуть отримувати безплатно, а за які вони повинні будуть доплачувати із власної кишені. Досить часто така інформація визначає своєчасність надання допомоги, і, зрештою, кінцевий результат лікування. На сьогодні ж, пацієнти в Україні є дезорієнтованими і змушені неофіційно платити навіть за ті послуги, які офіційно являються безплатними

На завершення слід підкреслити, що процеси нормування медичних послуг, визначення пріоритетів і пакету послуг є нормативними по суті. Їх неможливо проводити “правильно” або “неправильно”. Вони лише можуть сприйматись як легітимні або прийнятні суспільством в цілому в даних суспільно-політичних умовах. І завдання розпорядників громадських фондів полягає в тому, щоб розробити і впровадити у практику саме такі процедури визначення пріоритетів і нормування послуг, які б сприймались громадськістю як такі, що забезпечують соціальну справедливість.

Якщо процеси нормування медичної допомоги і компенсації ризиків не є принципово новими для України – в явній чи неявній формі вони відбуваються і тепер, – то запровадження контрактних відносин між розпорядниками громадських коштів (незалежно від того, виступають в цій ролі місцеві органи державної влади чи фонд обов'язкового медичного страхування) та надавачами медичних послуг представлятиме собою якісно новий етап розвитку української системи охорони здоров'я.

Предметом договору повинні бути обсяги і якість медичної допомоги, а також порядок її надання лікувально-профілактичними закладами і порядок оплати розпорядниками фондів.

Важливість контракту полягає у наступному:

- 1) Документування взаємних зобов'язань сторін у договорі є стимулом до їх повного виконання, оскільки дає принципову можливість оскаржити у суді ті дії протилежної сторони, які не відповідають угоді.
- 2) Процес розробки показників, які використовуватимуться для оцінки виконання контрактів, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги.
- 3) Визначення контрактом взаємних зобов'язань сторін захищає їх від необґрунтованих вимог як протилежної сторони, так і третіх сторін.

Існує кілька принципових моделей оплати послуг, які використовуються при укладанні контрактів між розпорядниками фондів і лікувальними закладами. Досвід як європейських країн, так і Сполучених Штатів Америки показує, що *ідеальних моделей не існує*. Кожному способу оплати притаманні свої переваги і недоліки. Як правило, в одній системі використовується кілька підходів, що дозволяє компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги.

Розрізняють чотири принципових методи оплати послуг:

1. Бюджетні трансферти (постатейний бюджет, глобальний бюджет)
2. Подушне фінансування (per capita)

3. Оплата окремих лікувально-діагностичних процедур або послуг (*гонорарний метод*)
4. Оплата лікування окремого епізоду захворювання (закінченого випадку захворювання)

Як правило, для оплати первинної медико-санітарної допомоги використовують методи, відмінні від тих, за допомогою яких оплачуються послуги спеціалістів і стаціонарне лікування.

(десь далі необхідно сказати, що можливість відмовитись від послуг провайдера на користь інших провайдерів – одна з вимог дієвої контрактної системи).

5.3.2. Фінансування первинної медико-санітарної допомоги

Метод оплати за окремі лікувально-діагностичні процедури або послуги (гонорарний метод)

Гонорарний метод використовується в країнах зі страховими системами охорони здоров'я і не використовується як основний в країнах з бюджетними системами охорони здоров'я. Тарифи на послуги можуть бути або фіксованими або (набагато рідше) вільними. Навіть в останньому випадку страховики зазвичай не відшкодовують видатків надавачів послуг понад їх “розумний і звичний” рівень.

І класичний, і так званий квазі-гонорарний (при якому кожна процедура оцінюється певною кількістю балів, а вартість бала визначається в залежності від загальної кількості наданих послуг – що більше їх було надано, то меншою буде вартість одного бала) методи містять в собі загрозу неконтрольованого зростання кількості послуг: у всіх країнах, де використовується гонорарний метод, число відвідувань лікаря, виписаних ліків, виконаних діагностичних процедур перевищує відповідні цифри при застосуванні інших методів фінансування.

Як правило, при зростанні витрат страховики перекладають фінансовий ризик на страхувальників, періодично підвищуючи ставки страхових внесків. Встановлення тарифів, лімітів, доплат за послуги з боку пацієнтів та інші заходи контролю лише дещо сповільнюють зростання кількості послуг. Як показує міжнародна практика, навіть найбільш ефективні методи контролю не можуть перешкодити зростанню вартості медичної допомоги, якщо це відповідає економічним інтересам виробників послуг.

Зростання кількості послуг, які надаються лікарями при гонорарному методі оплати, спостерігається і при застосуванні бальної системи оцінки вартості послуг: якщо при класичному гонорарному методі дохід окремого лікаря не залежить від доходів його колег, то при бальній системі більші заробітки колеги означають менший заробіток самого лікаря. Навіть якщо системою передбачений ліміт на загальну суму виплат усім лікарям, стимулюючи, притаманні даному методу, змушують лікарів надавати послуги і тоді, коли цього не вимагає стан хворого, або ж призначати пацієнтам більше відвідувань.

Важливим фактором, який необхідно брати до уваги, є і адміністративні видатки. Для гонорарного методу вони, за оцінками експертів, є втричі більшими, ніж наприклад для бюджетних систем або для систем з по-душовим

фінансуванням. Це пояснюється необхідністю ведення надавачем послуг детального реєстру процедур і запровадження страховиком системи ретельного контролю.

З огляду на приведені дані, застосування методу гонорарної оплати медичних послуг в Україні як *основного* бачиться малоперспективним. У вигляді допоміжного його можливо використовувати в тих випадках, коли загальна кількість процедур є в принципі обмеженою, а досягнення верхнього ліміту – бажаним, наприклад при проведенні профілактичних щеплень і оглядів.

Оплата лікування окремого епізоду (закінченого випадку)

Фінансування за закінченими випадками лікування здійснюється на основі нормативної вартості випадку лікування незалежно від фактичного числа відвідувань і фактичного обсягу параклінічних послуг. Закінчені випадки заздалегідь класифікуються за деякими параметрами (трудовитрати, тяжкість випадку, загальне число необхідних відвідувань). Попри наявність у даного методу оплати послуг потенціалу до заощадження ресурсів (зниження собівартості випадку лікування), він не зацікавляє медичних працівників у підтримці і поліпшенні стану здоров'я прикріпленого населення, не забезпечує стимулів для проведення профілактичних заходів і оптимізації структури медичної допомоги. Саме тому цей метод рекомендується застосовувати не для оплати послуг лікарів первинної медичної допомоги (сімейних лікарів, лікарів загальної практики), а для оплати *лікувальних* послуг: як в амбулаторних умовах – спеціалістами, – так і стаціонарного лікування.

Адміністративні видатки при застосуванні методу оплати окремого випадку є значними як для розпорядника коштів, так і для надавачів послуг, які повинні обмінюватися великими об'ємами інформації для контролювання процесу надання допомоги і проведення розрахунків. Але управлінська інформація і система обліку видатків, яких потребує даний метод оплати, представляють велику цінність як інструменти моніторингу і управління. Детальні дані про взаємозалежність між складністю випадків і вартістю їх лікування, захворюваністю і смертністю дають можливість регулярно оцінювати затратну ефективність надавачів послуг і якість допомоги. З огляду на це, адміністративні видатки на запровадження даного методу оплати можна розглядати як вигідні інвестиції у розвиток системи надання послуг.

Подушне фінансування

При подушному фінансуванні надавачам медичної допомоги періодично виплачується фіксована сума грошей на одну зареєстровану у них особу для забезпечення ними узгодженого переліку послуг. Надавачі приймають на себе фінансовий ризик надання цих послуг і, фактично, являються страховиками. Звідси витікає їх мотивація контролювати видатки і забезпечувати ефективні в затратному сенсі послуги. Подушне фінансування робить легше передбачуваними і контрольованими загальні видатки на охорону здоров'я. Запроваджувати подушне фінансування можна як в умовах конкуренції між надавачами послуг, так і без неї. Навіть за відсутності конкуренції подушне фінансування, як і глобальний бюджет, сприяє ефективному використанню ресурсів і забезпечує рівний і справедливий розподіл ресурсів.

При фінансуванні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) за подушним нормативом розмір фінансування розраховується на основі оцінки очікуваного обсягу діяльності. Метод подушного фінансування на обсяг діяльності ланки первинної медико-санітарної допомоги створює певні стимули для більш ефективного використання ресурсів в системі первинної допомоги. Однак ця модель фінансування не формує зацікавленості у лікаря в тому, щоб взяти на себе основну частину медичної допомоги, не перекладаючи її на спеціалістів і стаціонари. Використання різних компенсаторних механізмів спроможне дещо знівелювати, але не усунути цей недолік.

Модифікацією класичного подушного методу є подушне фінансування первинної ланки на весь обсяг позалікарняної допомоги і частку обсягу стаціонарної допомоги (*часткове фондотримання*) або подушне фінансування на загальний обсяг медичної допомоги (*повне фондотримання*). Основна ідея фінансування за схемою фондотримання – мотивувати лікарів первинної ланки взяти на себе відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги населенню, що прикріпилося, і на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити реальний захист інтересів населення.

Фондотримання створює принципові можливості для ефективного функціонування первинної ланки і інтеграції системи медичної допомоги різних рівнів в зв'язку з фінансовою відповідальністю ланки ПМСД не тільки за свою безпосередню роботу, але і за ефективність виконання організаційно-диспетчерської функції. У рамках моделі фондотримання формуються умови для управління структурою медичної допомоги з акцентом на вибір адекватних гостроті і складності захворювання видів медичної допомоги і медичних технологій з найбільшою витратною ефективністю. З іншого боку, при передачі секторові ПМСД широких фінансових повноважень в рамках повного фондотримання існує ризик недопостачання спеціалізованої допомоги через намагання закладів ПМСД заощадити і залишити у своєму розпорядженні якомога більше коштів. Вирішення цієї проблеми вимагає розробки і запровадження дієвих механізмів контролю якості надання послуг.

З огляду на приведені характеристики різних методів оплати, можна припустити, що потенційно найбільш перспективним з точки зору досягнення поставлених перед громадською системою охорони здоров'я цілей, є фінансування первинної медико-санітарної допомоги в Україні методом подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання. При цьому потрібно врахувати, що децентралізація фінансової діяльності, як умова введення фондотримання, призводить до певного збільшення витрат на управлінську діяльність. Однак, існує виграв в зв'язку з підвищенням ефективності використання ресурсів і керованості впливу на кінцеві показники здоров'я.

5.3.3. Фінансування спеціалізованої і стаціонарної допомоги

Методи фінансування спеціалізованої і стаціонарної допомоги розділяють на *ретроспективні*, при яких витрати відшкодовуються за фактично наданий обсяг послуг, і *проспективні*, при яких розмір відшкодування за послуги визначається

попередньо або самим страхувальником або під час переговорів між страхувальником та надавачем послуг.

Ретроспективна оплата передбачає відшкодування витрат за фактично наданий обсяг медичної допомоги. Спеціалісти та лікарні самостійно визначають види і обсяги допомоги, що надається. Роль фінансуючої сторони є мінімальною і полягає в оплаті виставлених рахунків. Перевірка обсягу і якості (обґрунтованість госпіталізації, відсутність приписок) проводиться ретроспективно за фактом наданої допомоги. Фінансуюча сторона не впливає на обсяг і структуру медичної допомоги.

Попередня оплата медичної допомоги заснована на відшкодуванні не фактичного, а заздалегідь узгодженого сумісно фінансуючою стороною і надавачем послуг обсягу допомоги. Розрахунки, засновані на рішеннях лікарні про обсяги і структуру робіт, поступаються місцем плануванню і узгодженню економічних інтересів фінансуючої сторони і лікарні. Фінансуюча сторона виступає в ролі інформованого покупця, замовляючи і купуючи те, що відповідає її планам і фінансовим можливостям. При цьому лікарні надається можливість самостійно використовувати економію, що виникає внаслідок оптимізації структури допомоги.

До основних методів ретроспективної оплати фінансування стаціонарів відносяться: а) метод оплати по кількості фактично проведених ліжко-днів і б) метод оплати по кількості закінчених випадків стаціонарного лікування згідно з тарифами, побудованими на основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів.

При фінансуванні стаціонарів по кількості ліжко-днів сума виплат лікарні визначається добутком фактичного числа ліжко-днів на фіксовану ставку витрат на ліжко-день. Можливі модифікації цього методу з оплатою за вартістю середнього ліжко-дня; середнього ліжко-дня за профілем ліжка; середнього або середньо-профільного ліжко-дня з додатковою оплатою обслуговування і лікування за межами відділення; середнього або середньо-профільного ліжко-дня з гонорарною оплатою праці лікуючих лікарів. Оплата стаціонарної допомоги по числу ліжко-днів носить яскраво виражений затратний характер. У стаціонарів є стимул для збільшення термінів госпіталізації, що призводить до невиправданого росту видатків на стаціонарне лікування і до збереження структурних диспропорцій. Отримуючи вигаш на простоті адміністрування, система втрачає значно більше на неефективності використання ресурсів.

Метод *клініко-статистичних груп* (КСГ) являє собою нормування витрат на лікування схожих захворювань, об'єднаних до групи на основі однорідності клінічної картини у пацієнтів і приблизно однакової ресурсної ємності наданої допомоги. Розрахунки тарифів базуються на статистичному аналізі великого обсягу фактичних витрат на стаціонарне лікування. Кожне захворювання в рамках окремої КСГ має середньозважені оцінки складності виконаних лікувально-діагностичних заходів, тривалість госпіталізації і, відповідно, середній обсяг витрачених коштів. Оплата за пролікованого хворого здійснюється за заздалегідь визначеною нормованою вартістю лікування випадку госпіталізації.

Як свідчить досвід США і європейських країн, використання методу КСГ сприяє інтенсифікації діяльності стаціонарів, використанню ресурсозберігаючих технологій. Лікарні намагаються скоротити терміни лікування, для чого організують догоспітальне обстеження і підготовку до оперативних втручань в амбулаторних умовах, прагнуть перенести заключний етап лікування і реабілітацію хворих в амбулаторний сектор або в домашні умови. Однак, скорочення витрат на одну госпіталізацію компенсується зростанням числа госпіталізацій. Застосований *сам по собі*, метод КСГ не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів і не сприяє подоланню структурних диспропорцій.

Оплата за медико-економічними стандартами (МЕС) – модифікація методу КСГ, запропонована російськими дослідниками. Основна відмінність МЕС від КСГ полягає у вихідних даних для нормування витрат на лікування схожих захворювань. Якщо тарифи КСГ розробляються на основі реальних витрат, то тарифи МЕС враховують витрати на виконання комплексу стандартизованих втручань. Медичний стандарт включає мінімальний набір лікувально-діагностичних заходів, необхідних, на думку розробників, для досягнення результату лікування. У стандарти закладаються види обстежень без зазначення їх числа і рекомендоване лікування як правило з позначенням групи препаратів без назви конкретних лікарських засобів. На основі цих стандартів розраховуються тарифи на стаціонарну допомогу і проводиться експертиза якості лікування.

Оплата послуг по системі МЕС не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів і не сприяє подоланню структурних диспропорцій в системі надання медичних послуг. Як і при системі КСГ, стаціонари намагаються скоротити терміни лікування і збільшити число госпіталізацій, передусім за рахунок легких випадків захворювань. При відсутності контролю з боку амбулаторних фахівців медико-економічна експертиза обґрунтованості госпіталізацій мало ефективна. Навіть використання принципу “воротаря” не в змозі стримати надмірну госпіталізацію при наявності мотивації у стаціонару. У результаті відбувається зростання загальних витрат на надання стаціонарної допомоги.

Таким чином, використання для оплати стаціонарної допомоги ретроспективних методів здатне лише посилити проблему структурних диспропорцій. Стаціонари отримують могутні економічні стимули до нарощування обсягу робіт, що може вилитись у величезні бюджетні дефіцити і кризи неплатежів.

До методів попередньої (проспективної) оплати стаціонарної допомоги відноситься метод глобального бюджету. Суть цього методу полягає в тому, що лікарня в результаті переговорів з фінансуючою стороною отримує фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт.

Обсяг фінансування, що надається лікарні, не залежить від кількості штату, ліжок і інших ресурсних показників. Одержувач бюджету несе основний фінансовий ризик за перевищення фактичних обсягів над запланованими.

Встановлюються умови розрахунків у разі перевищення або недовиконання узгоджених обсягів послуг.

Фінансування стаціонарів по методу глобального бюджету – єдиний метод, який створює у стаціонарів певні стимули для оптимізації обсягів і структури стаціонарної допомоги. Жорсткість вимог фінансуючої сторони до обґрунтованості госпіталізацій сприяє формуванню у стаціонарів мотивації до об'єктивної оцінки напрямлень поліклінік, відмові від випадків, що не потребують госпіталізації, створенню стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги (денних стаціонарів, амбулаторної хірургії), пошуку форм кооперації з поліклінічними службами аж до створення власних підрозділів амбулаторного прийому.

Підвищення обґрунтованості госпіталізацій створює умови для підвищення ресурсного наповнення складних випадків стаціонарного лікування. Внаслідок переходу на метод глобального бюджету відбувається зменшення кількості випадків госпіталізації, збільшення вартості одного випадку стаціонарної допомоги при одночасному зростанні навантаження на амбулаторну ланку, тобто спостерігаються структурні перетворення.

Іншим важливим наслідком використання такого методу фінансування стаціонару є оцінка фінансуючою стороною необхідності утримання існуючої мережі стаціонарних установ.

Обов'язковою умовою, що визначає результативність застосування глобального бюджету, повинні бути тверді гарантії стаціонару щодо вільного маневру ресурсами. Лікарня повинна мати можливість отримувати і залишати у себе чистий прибуток.

Виходячи з розглянутих характеристик методу глобального бюджету, його можна вважати найбільш ефективним інструментом стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги. Зважаючи на порівняно низькі адміністративні видатки, властиві даному методу оплати послуг, його доцільно було б застосувати при реформуванні системи фінансування стаціонарної медичної допомоги в Україні.

По мірі розвитку інформаційно-технологічної інфраструктури галузі охорони здоров'я в Україні, метод глобального бюджету можна було б доповнити методом КСГ для оцінки і узгодження загального обсягу допомоги, що надається в рамках глобального бюджету.

5.3.4. Інтеграція надання допомоги

На сьогодні система охорони здоров'я в Україні залишається в принципі інтегрованою системою, в якій фінансування і надання допомоги, а також управління є тісно зв'язаними між собою. Нажаль, такий тип інтеграції сфокусований не на потребах пацієнта, а на потребах системи як такої. В Україні гроші слідують не за пацієнтом, а за ресурсами – будівлями, обладнанням, штатом і т. ін. Проблема ускладнюється порядком фінансування, що сформувався у відповідності із законом про місцеве самоврядування, коли установи охорони здоров'я різних рівнів отримують кошти з різних бюджетів –

районних, міських, обласних та інших, що лише посилює фрагментарність системи і існуючі в охороні здоров'я структурні диспропорції. Серйозним недоліком української систем охорони здоров'я є фрагментарність послуг, слабка функціональна, управлінська і фінансова інтеграція закладів охорони здоров'я.

В діючій системі кожний вид медичної допомоги – стаціонарна, амбулаторна, швидка медична допомога та ін. – оплачується роздільно. В результаті заклади, що надають різні види допомоги, виявляються роз'єднаними і, по суті, не являють собою єдиної системи медичної допомоги. Стаціонари і поліклініки діють без належної координації їх роботи і конкурують між собою за обсяги фінансування. У кожного з закладів є свій економічний інтерес, який не завжди відповідає цілям охорони здоров'я населення і задачам раціонального використання обмежених фінансових ресурсів.

Оскільки, як було зауважено вище, створення дієвої системи оплати медичних послуг вимагає поєднання кількох методів, дуже важливим є завдання ефективної координації (*інтеграції*) надання послуг в рамках громадської системи охорони здоров'я.

Коли говорять про інтегровану систему надання послуг, то, як правило, мають на увазі, що система в цілому стимулює наступні дії:

- 1) надання обсягу послуг, узгодженого з обсягом наявних ресурсів
- 2) своєчасну реєстрацію симптомів і скарг пацієнтів;
- 3) проведення первинного обстеження в достатньому об'ємі і з вірною інтерпретацією виявлених симптомів;
- 4) призначення, в разі достатності діагностичних даних, лікування на первинному рівні;
- 5) своєчасне направлення на проведення допоміжних діагностичних досліджень;
- 6) своєчасне направлення на консультацію до спеціалістів або (в разі потреби) на стаціонарне лікування;
- 7) своєчасне призначення лікування на кожному рівні;
- 8) проведення лікування по можливості амбулаторно, а не стаціонарно.
- 9) адекватність призначеного лікування на кожному рівні.
- 10) наявність ефективної системи комунікації між різними надавачами медичної допомоги.

Інтеграція є клініко-економічним поняттям, оскільки при її здійсненні не може не прийматись до уваги фактична наявність ресурсів. При зміні кількості і якості наявних ресурсів змінюватимуться і шляхи інтеграції.

Принципові питання, на які шукаються відповіді менеджери інтегрованої системи охорони здоров'я, не являються специфічними для інтегрованої системи надання послуг:

- Чи вчасно лікар звернув увагу на скарги хворого і наявні у нього симптоми?
- Чи в достатньому об'ємі було проведено первинне обстеження?
- Чи призначив лікар адекватне лікування на первинному рівні, якщо для цього були умови?

- Чи вчасно було направлено хворого на консультацію до спеціаліста?
- Чи вчасно було госпіталізовано хворого?
- Чи своєчасно було призначене лікування на кожному рівні?
- Чи виправданою була госпіталізація хворого?
- Чи було призначене лікування адекватним?

Не являються специфічними і повноваження, покладені на розпорядників коштів при визначенні ними виду і обсягів фінансованих послуг

Розпорядник фондів

- аналізує наявні ресурси,
- вибирає у відповідності з наявними ресурсами пропоновані надавачами послуг клінічні алгоритми (з урахуванням їх вартості)
- розробляє систему стимулів для забезпечення руху пацієнтів згідно із пропонованими алгоритмами
- укладає договори на постачання медичних послуг з надавачами
- проводить аналіз виконання укладених угод і відповідне їх коригування

З приведених вище міркувань видно, що інтеграція системи надання медичної допомоги не являється специфічним методом організації цієї допомоги, а є лише показником того, наскільки успішно і ефективно застосовувані в даній системі інструменти і підходи дозволяють досягати поставлених перед нею цілей.

Вихідною умовою формування інтегрованої системи є об'єднання фінансових потоків з різних стабільних джерел фінансування (державного і місцевого бюджетів, коштів соціального медичного страхування, обов'язкових цільових зборів і т. ін.).

Дезінтеграція фінансових потоків може проявлятися в розділенні за джерелами фінансування:

- або окремих видів медичної допомоги (наприклад, стаціонарна допомога у багатопрофільних стаціонарах оплачується з міських та районних бюджетів, монопрофільних – з обласного бюджету);
- або контингентів населення (медична допомога працюючому населенню за рахунок коштів соціального медичного страхування, решти населення – за рахунок місцевих бюджетів);
- або окремих статей бюджетного кошторису.

Практика роздільного використання коштів бюджетів різних рівнів або бюджетних і страхових коштів показує, що замість підвищення ефективності охорона здоров'я стикається з рядом нових проблем, породжених самою схемою фінансування. Створення системи різних фондів (здоров'я і обов'язкового медичного страхування) і пов'язана з цим диференціація фінансових потоків призводить до фрагментації системи охорони здоров'я і збереження або навіть посилення структурних диспропорцій. При цьому додатково ускладнюється управління системою, відбувається невиправдане збільшення бюрократичного апарату, що зменшує частку коштів, які витрачаються безпосередньо на надання медичної допомоги.

Неефективним при реформуванні системи фінансування охорони здоров'я бачиться і підхід, при якому з бюджетних коштів покриваються господарські і

капітальні витрати (коли місцеві органи влади утримують лікувально-профілактичні заклади, купують для них недорогу медичну техніку), а всі інші складові надання медичних послуг оплачуються зі страхових фондів. Подібне рішення призводить до консервації неефективної структури послуг. Зменшується мотивація до ефективного використання матеріальних і енергетичних ресурсів, оскільки відповідні витрати не включаються в тарифи на послуги. Доцільніше виділяти деяку частку бюджетних коштів для закупівлі дорогого обладнання, придбання якого потребує централізованого планування, для освітніх і наукових програм, капітального ремонту і фінансування лікування вузького кола соціально небезпечних захворювань.

На завершення, для того, щоб ще раз продемонструвати подібність задач, які доведеться вирішувати в Україні при різних варіантах розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я, приводиться наступна порівняльна таблиця:

ЗАДАЧІ	Бюджетна система:	Система ОМС	Змішана система
Розділення функцій фінансування і надання медичної допомоги;	Так	Так	Так
Запровадження контрактної системи закупівлі послуг (прив'язка оплати послуг до їх кількості і якості)	Так	Так	Так
Запровадження прозорих механізмів визначення пріоритетів	Так	Так	Так
Розробка пакету послуг, що надаються за рахунок громадських коштів	Так	Так	Так
Перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних організацій в автономних економічних суб'єктів	Так	Так	Так

З таблиці видно, що успіх реформування галузі охорони здоров'я залежить не стільки від того, буде чи не буде у країні запроваджено ОМС, скільки від реформування системи взаємовідносин між розпорядниками громадських фондів (будь то місцева влада чи фонд медичного страхування) та надавачами медичних послуг.

5.4. Планування інвестицій

Планування інвестицій в значній мірі залежить від наявності ресурсів. В багатьох країнах центральної та східної Європи, як і в Україні, ці ресурси є настільки обмеженими, що необхідні інвестиції не здійснюються попри величезну в них потребу. Питання планування інвестицій тісно пов'язане з питанням про відповідальність за їх здійснення. Повинні капітальні інвестиції фінансуватись розпорядником бюджетних коштів (або фондом медичного страхування), власниками медичних закладів (як правило, національним або місцевим урядом) чи обома? Якщо відповідальність за це лежить на уряді, інвестиції здійснюються за рахунок податкових надходжень до бюджетів, і є залежними від взаємовідносин між менеджерами закладу і представниками влади. В будь-якому разі, розробка спільного інвестиційного плану передбачає

тісне і довгострокове співробітництво між надавачем послуг і місцевою владою з відповідними зобов'язаннями з боку останньої. При наявності інвестиційного плану місцева влада має можливість виділяти необхідні суми у вигляді щорічних бюджетних асигнувань. Очевидно, що умовою таких взаємовідносин повинні бути спільні погляди обох сторін на потреби і пріоритети інвестицій.

Якщо приймається рішення про те, що вартість капітальних видатків повинна покриватись за рахунок відшкодування, яке надавачі послуг отримують від фонду обов'язкового медичного страхування, то капітальні видатки повинні бути враховані в тарифах на послуги. Це, звичайно, ускладнює розрахунки, вимагає розвинутої методології, більших адміністративних затрат і затрат часу. Альтернативою цьому може стати поступовий перехід від інвестицій, що здійснюються власником закладу, до покриття капітальних видатків за рахунок страхових внесків.

Перевага відшкодування вартості капітальних видатків через тарифи полягає в більш раціональному використанні ресурсів. Як уже відмічалось вище, розділення відповідальності за здійснення поточних і капітальних видатків є однією з головних причин неефективності діючої системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. Якщо капітальні інвестиції покривати за рахунок тарифів на послуги, структура цих інвестицій буде відображувати суспільні пріоритети, а не пріоритети окремих менеджерів охорони здоров'я, завдяки чому загальна ефективність системи фінансування істотно покращиться.

Слід визнати, що нові механізми оплати послуг, які застосовуються в країнах центральної та східної Європи, як правило, враховують лише поточні видатки, а капітальні в більшості країн продовжують фінансуватись з бюджету. Надавачі медичних послуг (переважно лікарні) до цього часу мають обмежені можливості визначати власні інвестиційні потреби, і більшість рішень в цій галузі приймається власниками, тобто, державною або місцевою владою. В зв'язку з цим, хоча у лікарень та інших надавачів медичних послуг і є стимули до скорочення неефективних операцій, вони не мають права приймати такі рішення, чим зайвий раз підкреслюється важливість автономізації закладів.

5.5. Ліцензування та акредитація як інструменти забезпечення якості надання медичної допомоги

Якість та ефективність діяльності медичних закладів належать до числа найбільш актуальних проблем в управлінні охороною здоров'я, безпосередньо пов'язаних з кінцевими результатами та використанням обмежених ресурсів галузі.

Ключовими критеріями якості є:

1. Ефективна і своєчасна допомога.
2. Ефективне використання ресурсів.
3. Задоволення потреби пацієнта.
4. Результативність лікування.

Існує чіткий зв'язок між цими критеріями. Так, результатами своєчасної і ефективної медичної допомоги буде більш повне задоволення потреб пацієнта і

висока результативність лікування. Так само, якщо лікування є ефективним, то, мається на увазі, що воно повинно бути результативним.

Актуальність проблеми якості медичної допомоги визначається необхідністю додаткових матеріальних витрат у зв'язку з ускладненням технологій в умовах обмежених ресурсів, недостатньої ефективності медичної допомоги і задоволеності нею населенням

Класичний підхід, запропонований незаперечним авторитетом з питань забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедьяном, передбачає для цілей управління і оцінки виділити в медичній допомозі три складові: структуру або ресурси, процес або технологію допомоги і вихід або результат.

Структура безпосередньо пов'язана з діяльністю закладів охорони здоров'я, у тому числі з такими факторами, як рівень підготовки персоналу, наявність відповідних технологій і стандартів надання медичної допомоги (клінічних протоколів). При застосуванні методу оцінки процесу оцінюється, що конкретно було зроблено для пацієнта, наприклад, скільки часу пройшло з моменту постановки діагнозу і початку лікування чи застосування відповідних методів лікування чи лікарських засобів (виконання стандартів/клінічних протоколів). Результативність свідчить про ступінь досягнення результатів лікування, які очікувались (відповідність моделям кінцевих результатів).

Самі по собі ці методи не можуть оцінювати якість медичної допомоги, оскільки наявність високих технологій та високопрофесійного персоналу не гарантує досягнення високих результатів. Процес оцінки відповідності лікувально-профілактичного закладу мінімуму вимог стандартів щодо структури та ресурсів, які може забезпечити безпечне надання медичної допомоги, проводиться за допомогою процесу ліцензування. Центральною ідеєю ліцензування є визнання того факту, що існує рівень якості медичної допомоги, нижче якого діяльність неможлива і повинна бути призупинена. Інтегральна оцінка діяльності закладу із застосуванням методів оцінки структури, процесу і кінцевих результатів використовується при проведенні акредитації закладів охорони здоров'я. Загальнодержавна система ліцензування та акредитації на основі використання стандартів структури, процесу і кінцевого результату системи надання медичної допомоги запроваджується як система контролю і оцінки якості медичної допомоги та як система розповсюдження передових методів, які можна використовувати при існуючих ресурсах. Заклади, які не пройшли ліцензування та акредитацію, повинні бути вилучені з ринку медичних послуг.

5.6. Підсумок

Підсумовуючи, можна сказати, що ціллю реформи системи фінансування служби охорони здоров'я в Україні є забезпечення ефективного розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я при збереженні принципу рівного, справедливого і безоплатного доступу до послуг.

Розділення функцій фінансування і надання послуг є першим кроком в цьому напрямку.

Головним завданням розпорядників коштів у новій системі буде (1) розробка і запровадження прозорого механізму визначення пріоритетів, який зробить можливим ефективний в соціальному плані розподіл обмежених ресурсів, і (2) розробка і запровадження контрактної системи надання медичної допомоги, яка зробить фінансування залежним від кількості і якості наданих послуг і забезпечить їх ефективність в затратному сенсі.

Вказані заходи повинні бути доповнені реформування правового і економічного статусу надавачів допомоги. Без такого реформування суттєве покращення якості медичної допомоги, що надається громадянам України в громадському секторі, буде малоімовірним.

РОЗДІЛ 6

ЗАГАЛЬНІ ПІДСУМКИ І ВИСНОВКИ

6.1. Вирішення проблеми браку ресурсів

Україна відчуває гострий брак фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я. Доступ різних груп населення до медичних послуг також є нерівним. У надавачів медичних послуг майже немає стимулів для покращення якості медичної допомоги та затратної ефективності медичної послуг. Це особливо стосується лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які повинні виконувати роль “воротаря” між рівнем ПМСД та рівнями спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги. Амбулаторна допомога в Україні не використовується в тій мірі, в якій вона могла б використовуватися; лікарням необхідно більше ресурсів і вони фінансуються з бюджету в основному за кількістю лікарняних ліжок.

6.2. Єдиний фонд/багато фондів

При реалізації програми медичного страхування необхідно уникати складних заходів. Під час навчальної поїздки до Німеччини зазначалося, що існування великої кількості фондів, що конкурують між собою шляхом встановлення різних тарифів страхових внесків, ускладнює систему і позбавляє її прозорості. В Україні, принаймні на першому етапі, найбільш ефективним шляхом реалізації програми медичного страхування було б створення єдиного Фонду з регіональними філіями і встановлення єдиного для всієї країни страхового внеску за принципом солідарності, з застосуванням при цьому елементів компенсації ризику. Ця думка підтверджується прикладами з Естонії та Чеської Республіки.

6.3. Національна програма (базовий пакет), Державний бюджет/Фонд

Важливим завданням після прийняття закону про обов'язкове медичне страхування буде підготовка базової програми медичного страхування (базового пакету). Цей пакет повинен надаватися надавачами медичних послуг безоплатно і фінансуватися Фондом. Згідно з законопроектом Національна програма визначає перелік послуг, що складають гарантований рівень медичної допомоги, а також його обсяг і умови надання в системі обов'язкового медичного страхування.

Після прийняття закону про обов'язкове медичне страхування необхідно чітко визначити, які втручання повинні фінансуватися з державного бюджету, а які з Фонду медичного страхування. Вкрай важливо розділити ці два переліки: перелік послуг, надання яких фінансується за рахунок бюджету та перелік, що фінансується з фонду медичного страхування. Відсутність такого розмежування може призвести до плутанини і зловживання фондами.

6.4. Розрахунок вартості Національної програми або базового пакету

Важливим питанням є вирішення того, які послуги повинні бути включені до базової програми, і розрахунок їх вартості (базовий пакет). Лише шляхом такого розрахунку вартості можливо порівняти витрати на базову програму з фінансовими ресурсами Фонду. Це єдиний спосіб забезпечення реальної безоплатності надання визначених базовим пакетом послуг всім застрахованим. Імовірно, що на першому етапі базова програма може бути обмеженою і перелік визначених нею медичних послуг буде невеликим. Але в міру зростання фінансових ресурсів Фонду, цей перелік буде розширюватися.

Нажаль, не існує єдиної методики розрахунку вартості, яка б підходила кожній країні. В основному, різниці в методиках пов'язана з встановленням накладних витрат. Українські експерти мають самостійно визначити, яку методику застосовувати. Однак, роблячи такий вибір, слід взяти до уваги декілька важливих моментів.

Необхідно вирішити, чи слід включати до вартості послуг капітальні витрати (приміщення, обладнання) та вартість комунальних послуг. З одного боку, виключивши ці витрати, буде значно легше проводити розрахунки. З іншого боку, ігнорування цих витрат нейтралізує стимули ефективного використання приміщень та дорогого обладнання. Якщо вибір все ж буде зроблено на користь системи, в якій капітальні витрати продовжуватимуть покриватися з держаного та місцевих бюджетів, повинні існувати певні гарантії того, що ці витрати фінансуватимуться. В багатьох країнах Центральної і Східної Європи це питання залишається невирішеним, що призводить до зносу обладнання та погіршення ресурсного забезпечення в багатьох медичних закладах цих країн. Після запровадження системи обов'язкового медичного страхування може виявитись тенденція з боку держави та муніципалітетів припинити фінансування, а грошових потоків в багатьох випадках може не вистачати для підтримання роботи медичних закладів.

6.5. Єдина методика обліку витрат для всієї країни

Застосування єдиної методики обліку витрат для всієї країни призведе до значної економії коштів. Щоб уникнути помилок та (в разі необхідності) відрегулювати методику, можна організувати постійно діючий національний комітет (або робочу групу) по розробці та удосконаленню методики обліку витрат. До цієї групи могли б увійти представники Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Міністерства економіки, Міністерства фінансів, Податкової адміністрації, фондів медичного страхування та інших відповідних установ.

Розрахувавши вартість послуг, експерти мають порівняти вартість втручань, їх ефективність, вплив, і провести рейтингову оцінку послуг, щоб визначити, які з них є найбільш, а які найменш ефективними (з соціальної точки зору). Надалі ця рейтингова оцінка стане основою для визначення змісту базової програми ("гарантованого пакету послуг"). Виходячи з припущення, що послуги, які покриваються за рахунок фонду обов'язкового медичного страхування, будуть доповнювати ті послуги, що надаються за рахунок бюджетного фінансування, перелік втручань в системі ОМС буде поступово розширюватися і до нього будуть включатися ті втручання, що фінансуються за рахунок бюджетних

коштів. Під час такого переходу буде випробуватися методика укладання контрактів на надання послуг.

6.6. Визначення пріоритетів

Для розробки переліку послуг базової програми пропонується використовувати методи встановлення пріоритетів, де до уваги приймаються такі фактори як тяжкість захворювань, пов'язані з ними смертність та захворюваність, їх соціальний вплив, ефективність методів лікування даних захворювань, вартість необхідні для їх лікування ресурсів і т.п. Значну допомогу при визначенні пріоритетів можна отримати з бази даних, розроблених такими організаціями як ВООЗ та Кокрейн Коллеборейшн.

Очевидною є необхідність застосування широкого статистичного аналізу для оцінки тяжкості певних хвороб та пов'язаних з ними смертності і захворюваності. В зв'язку з цим можна рекомендується, щоб розробка базової програми проходила в тісній співпраці з Центром медичної статистики МОЗ.

Беручи до уваги значний обсяг роботи, яку необхідно виконати, доречно розпочинати з тих проблем, що мають найбільший потенціал для покращення показників смертності і захворюваності в країні.

Наступним етапом в процесі визначення пріоритетів є, по-перше, визначення обсягу ресурсів, що необхідні для надання кожного виду втручання і, по-друге, оцінка вартості медичних послуг. Ці два процеси повинні проводитись послідовно і не повинні зливатись. Дані аналізу необхідних ресурсів можуть використовуватися надалі для проведення аналізу системи на чутливості, який дасть змогу визначити, які фактори найбільше впливають на вартість послуг.

6.7. Укладання контрактів між Фондом та надавачем послуг

Розмежування відповідальності за фінансування послуг і їх надання, а також укладання контрактів між Фондом та надавачами медичних послуг є головним елементом системи обов'язкового медичного страхування. Зокрема, в законопроекті про обов'язкове медичне страхування, що перебуває на розгляді у Верховній Раді України, відшкодування витрат за надання медичних послуг відбувається згідно з контрактом. В цілях забезпечення уніфікованих підходів до укладання контрактів і оцінки їх виконання спільними зусиллями зацікавлених сторін (а такими можуть бути Міністерство охорони здоров'я, фонд обов'язкового медичного страхування, асоціації надавачів медичних послуг, представники пацієнтів і т. д.) необхідно розробити типовий контракт і систему оцінки його виконання.

При застосуванні уніфікованих контрактів для надання кожного типу послуг легше проводити моніторинг та контроль у порівнянні з ситуацією, коли існує багато зразків контрактів. При розробці типових контрактів було б корисно зібрати зразки контрактів, особливо з Чеської Республіки та Естонії, де контрактна система успішно використовується для підвищення затратної ефективності. Крім того, зразки контрактів Болгарії та Румунії також були б корисні, оскільки вони були просто адаптовані до нової системи ОМС, що існує

в цих країнах. Слід, однак, приймати до уваги, що застосовувані в інших країнах моделі контрактів не можуть бути безпосередньо використані в Україні, оскільки вони розроблені для інших правових систем і потребують доопрацювання і адаптації до українських умов.

Контрактна система має включати в себе систему ефективного контролю, моніторингу та забезпечення якості для того, щоб гарантувати виконання контрактів. Система звітності надавачів медичних послуг перед Фондом має бути єдиною для всієї країни.

6.8 Зміна статусу надавача медичних послуг

Законопроект про ОМС не визначає чітко статус надавачів медичних послуг. В майбутньому це питання вимагатиме додаткового врегулювання. Без зміни статусу надавачів будь-які зусилля по раціоналізації системи стимулів і підвищенню ефективності надання послуг будуть неповними і, з великою ймовірністю, малоефективними.

6.9. Акредитація і ліцензування

Акредитація і ліцензування є важливими елементами контрактних систем надання послуг. Заходи по ліцензуванню і акредитації повинні проводитися до того, як розпочнеться укладання контрактів з надавачами медичних послуг. Акредитація забезпечує функціонування надавачів послуг в межах певних стандартів, а також засвідчує якість послуг, що надаються. Без проходженням надавачем послуг акредитації та його ліцензування фонд не в змозі укласти з ним угоду, оскільки немає гарантії того, що надавач послуг спроможний виконати умови угоди і забезпечити надання послуг, що передбачаються контрактом, в межах стандартів якості.

6.10. Бальна система оплати послуг

Під час навчальної поїздки зазначалося, що в Німеччині лікарі отримують оплату за кількістю набраних балів. Такий підхід є причиною проведення зайвих процедур і призводить до необґрунтованого зростання загальних витрат у системі. Однак, система оплати за балами або система оплати за послугу була запроваджена в багатьох країнах у якості системи оплати праці лікарів. Якщо таку систему буде запроваджено і в Україні, абсолютно необхідним буде проводити моніторинг і контроль надання якості послугу для того, щоб запобігти проведенню непотрібних процедур заради збільшення кількості балів.

6.11 Постатейний/глобальний бюджет та система оплати за КСГ

Міжнародний досвід свідчить, що надання лікувальним закладам більшої гнучкості у використанні фінансових ресурсів і більшої автономії покращує затратну ефективність. Під час навчальної поїздки зазначалося, що в Німеччині надавачі послуг не зобов'язані використовувати кошти за постатейним методом, і це також стосується багатьох країн (наприклад, Чеська Республіка, Естонія, Болгарія). Така автономія приходить разом з глобальним бюджетом та системою оплати за КСГ.

Глобальний бюджет разом зі свободою адміністрації визначати асигнування за КСГ підвищує витратну ефективність, особливо в лікарнях. Приклади цього можна побачити в Чеській Республіці і Угорщині.

Приймаючи програму ОМС, Україна може випробувати глобальний бюджет та систему КСГ серед своїх надавачів послуг і поступово перейти до найбільш прийняттого поєднання глобального бюджету та системи КСГ. Досвід інших країн показує, що система гонорарної оплати послуг потребує значних адміністративних видатків, і може не підвищувати ефективності витрат. В законопроекті про ОМС не визначено, який тип системи оплати має бути в Україні, тому законопроект для успішного втілення в життя після його прийняття вимагатиме прийняття додаткових нормативних актів, якими б визначались принципи оплати послуг. Знову ж, уніфікована методика оплати послуг, що застосовується у всій країні, може дати значну економію і полегшити порівняльний аналіз як для фахівців, так і для пацієнтів.

6.12. Перехід від системи охорони здоров'я, що фінансується з бюджету, до системи, що фінансується за рахунок страхових внесків

Оскільки на перших етапах діяльності фонду медичного страхування його фінансові ресурси Фонду будуть незначними, пропонується поступово переходити від бюджетного держаного фінансування до фінансування за рахунок Фонду і виділити на цей перехід достатню кількість часу, щоб добре спланувати цей перехід і здійснювати контроль за ним. Здається, що цей перехід, що має місце в Болгарії, буде добре спланованим, тому для України також було б корисним взяти це до уваги і розробити графік передачі фінансових зобов'язань від бюджету до фонду обов'язкового медичного страхування.