

Любов КЛАПКІВ, Василь ДЕМ'ЯНИШИН

ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПОЛЬЩІ ТА ЧЕХІЇ

Розкрито основні етапи становлення системи фінансування охорони здоров'я в Республіках Польщі та Чехії, що базується на принципах страхування. Особливу увагу акцентовано на особливостях законодавства та механізмі взаємодії всіх сторін медичного страхування. Розглянуто функціонування обов'язкового і добровільного медичного страхування, їх переваги і недоліки.

Довкола моделей фінансування охорони здоров'я ведеться безліч дискусій. Досвід показує, що успіхи і невдачі бувають при застосуванні будь-якого типу фінансування. Хоча єдиним очевидним фактом є те, що нерегульоване приватне страхування – це недосконалий спосіб забезпечення населення всіма видами медичної допомоги. Велике значення для вибору відповідної моделі охорони здоров'я мають також конкретні історичні традиції держави.

Окремі проблеми реформування системи охорони здоров'я досліджено у працях вітчизняних та зарубіжних економістів, зокрема Л. Львова, Ю. Немця, Н. Пилипцевича, К. Чарнецької та ін. Однак досвід з цих питань, який нагромаджений у постсоціалістичних країнах, у повному обсязі ще не узагальнений. Потреба у вивченні такого досвіду і можливості застосування його позитивних результатів в Україні обумовили актуальність обраного дослідження.

Метою дослідження є аналіз практики реформування системи організації фінансування охорони здоров'я у Польській та Чеській республіках в умовах ринкових трансформацій.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. На основі цього, виокремлюють такі базові моделі фінансування охорони здоров'я:

- державна, заснована на бевериджівській концепції, що фінансується переважно (до 90%) з бюджетних джерел. Оплату медичних послуг проводять з доходів держави. Фінансування усіх здійснюваних послуг розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За такою формою фінансують, наприклад, системи охорони здоров'я Великої Британії, Канади, Ірландії;

- бюджетно-страхова (бісмарковська) концепція, що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків у фонд охорони здоров'я. Найпростішим з них є внесок наймача і працівника. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави, але діє в рамках законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на чітко обумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які гарантують використання відповідного права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%) та ін.;

- приватнопідприємницька, що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується, виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається за очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Ця система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди [3, с. 48].

Особливої уваги заслуговує модель фінансування охорони здоров'я у Республіці Польщі. Пунктом 68 статті 1 Конституції Республіки Польщі передбачено, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я незалежно від матеріального стану. Державна влада повинна забезпечити рівний доступ до медичних послуг, які фінансуються державою. Близько 43 років діяльність установ, які надавали медичні і лікувальні послуги, опиралась на ухвалений 28 листопада 1948 р. закон про заклади

соціальних служб здоров'я і планове господарювання в службі здоров'я. Закон цей базувався на адміністративній, централізованій системі управління службою здоров'я, яка передбачала підпорядкування закладів органам державної влади [8, с. 17].

Питання щодо необхідності реформування охорони здоров'я почали обговорювати ще у 1980 р., проте реальної форми воно набуло у 1988 р. із дозволом на проведення приватної медичної практики [1, с. 10]. З 1990 р. управління медичними закладами переходять до компетенції органів місцевого самоврядування (гмін). Такі адміністративні реформи змінили лише принцип зв'язку і підпорядкування, однак основні засади функціонування охорони здоров'я, пов'язані з бюджетною системою фінансування, залишилися без змін [10, с. 4].

Поступово принцип «Ваше здоров'я – у ваших руках» у Польщі набуває реального втілення. Влада зробила висновок, що переконання суспільства є необхідним, що за здоров'я і життя відповідає не лише держава, але й особа (або родина). На погляд західноєвропейських держав у Польщі проявляється тенденція до встановлення принципу страхування добровільного і обов'язкового, тому що наявна форма, залежна від інфляції і зuboжіння суспільства, не створює сприятливих умов [5, с. 2].

З 30 серпня 1991 р. законом про заклади охорони здоров'я, починається робота над втіленням системи національного медичного страхування у житті, що супроводжується приватизацією галузі. Її метою було створення правових можливостей для функціонування різного типу закладів охорони здоров'я, які базувались не лише на державній власності, але і на власності місцевого управління, а також іншого роду суб'єктів, тобто товариств, асоціацій, кооперативів, роботодавців та ін. Таким чином заклади охорони здоров'я поділилися на державні і недержавні. Останні, відповідно, почали приймати нові рішення, які стосувалися організаційного і фінансового управління: реєстр медичних послуг, участі органів місцевого самоврядування у постановці завдань, відповідальність керівників за результати діяльності. Державні заклади могли провадити свою діяльність на засадах, окреслених у законі про державні фінанси або у формі «non profit» [8, 17].

За основу пропонували три концепції: загальнообов'язкового медичного страхування, парабюджетних закладів для фінансування системи охорони здоров'я на регіональному рівні та комерційного страхування [1, с. 9]. До 1997 р. відбувався процес новелізації правової бази, який завершився прийняттям змін до закону про заклади охорони здоров'я та закону про загальне медичне страхування. Цей закон з наступними внесеними змінами став фундаментальним у процесі введення страхової медицини у Польщі. Відповідно до нього медичне страхування в Польщі охоплює обов'язкове та добровільне. Перше базується на принципах загальності й обов'язковості. При цьому сплатою внесків охоплюються усі громадяни, незалежно від їх особистої волі, солідарності, самоуправління, самофінансування, права вільного вибору лікарняних кас (Kas Chorych) і лікаря, рівного доступу громадян до послуг, діяльності неприбуткових, цільового використання коштів [13, с. 20].

Обов'язковому медичному страхуванню підлягають особи, що мають польське громадянство і живуть на території Польщі та іноземці, що перебувають на території Польщі, на підставі дозволу на постійне проживання та дозволу на тимчасове перебування у зв'язку з наданням статусу біженця, а також ті, що перебувають на підставі в'їзної візи [11, с. 4].

Фінансування ОМС здійснюють за рахунок внесків, які сплачують у лікарняні каси. Застрахованим надається пакет безкоштовної медичної допомоги. Надання додаткових послуг оплачує хворий. В Польщі існує система «лікаря першого контракту» (терапевт). Пацієнт має право вибору або зміни лікаря, попередньо повідомивши про це лікарняну касу. В усіх випадках звернення за медичною допомогою передбачає обов'язкове першочергове відвідування терапевта. Він встановлює діагноз, визначає необхідність консультації спеціаліста і проведення обстежень. Без направлення терапевта пацієнт не зможе отримати безкоштовну консультацію спеціаліста. Якщо пацієнт бажає, то може самостійно оплатити візит до спецлікаря без зустрічі з терапевтом. Лікарняна каса оплачує всі витрати на перебування хворого у стаціонарі, забезпечує безкоштовними лікарськими препаратами протягом усього періоду лікування [5, с. 7]. Відповідно страхувальники зобов'язані сплачувати внески. З 1997 р. вони становили 7,5% оподаткованого прибутку. З липня 2001 р. було встановлено нові ставки, зокрема: 8% сукупного оподаткованого прибутку на період з січня до грудня 2002 р., 8,25% на 2003 р., 8,5% – на 2004 р., 8,75% – на 2005 р., 9% – на 2006 р. [11, с. 7].

Початково у механізмі медичного страхування було закріплено функціонування 16 фондів, які діяли автономно на основі власних бюджетів. З 2002 р. було створено Національний фонд медичного страхування замість 16 регіональних [6].

Дуже часто виникають ситуації, коли лікувальний процес є специфічним і не входить у програму безкоштовного медичного обслуговування. В такому випадку всі витрати, пов'язані з лікуванням, покладаються на хворого, що стає для нього важким фінансовим тягарем. Тому в законі від 1997 р. визначено право населення брати участь у добровільному медичному страхуванні. Така форма є особливо вигідною для осіб, які взагалі незабезпечені медичним страхуванням (наприклад таких, що повертаються з багаторічного перебування закордоном). Особа може на свій розсуд укласти договір з лікарняною касою, від чого залежить сума страхових внесків [14, с. 14].

Як відомо, уся Західна Європа упродовж останніх років переживає не тільки демографічну кризу, а й проблему дороговизни медичних технологій, що потребує все більших затрат. Якщо у 1990 р. видатки на охорону здоров'я поглинали 5,5% національного доходу бруто [7, с. 2], то сьогодні цей показник сягнув 8%. У деяких країнах-членах ЄС участь держави у фінансуванні охорони здоров'я починаючи з 1990 р. (зокрема Польщі зменшилися на 23%) (рис. 1).

Реформування системи охорони здоров'я у Чеській Республіці теж викликає певний інтерес. За старої системи як медичні послуги, так і ліки надавалися пацієнту безкоштовно. Однак до 1987 р. не було можливості індивідуально обирати лікаря. З 1987 р. пацієнти могли вибирати лікаря первинної медичної допомоги, окуліста і стоматолога. Крім того, як експеримент, невеликій кількості лікарень було надано статус самоврядування. Обслуговування було обмежено планом, покупець і провайдер був однією і тією ж особою. Економічний розподіл ресурсів не відігравав ніякої ролі у визначенні послуг, рівень і розподіл яких під впливом соціальних, медичних і адміністративних міркувань диктувався політичними рішеннями. Не проводилися розрахунки витрат і доходів. Не існувало економічних стимулів для поліпшення різних показників ні для окремих осіб, ні для системи загалом. Був хронічний, іноді гострий надмірний попит на послуги.

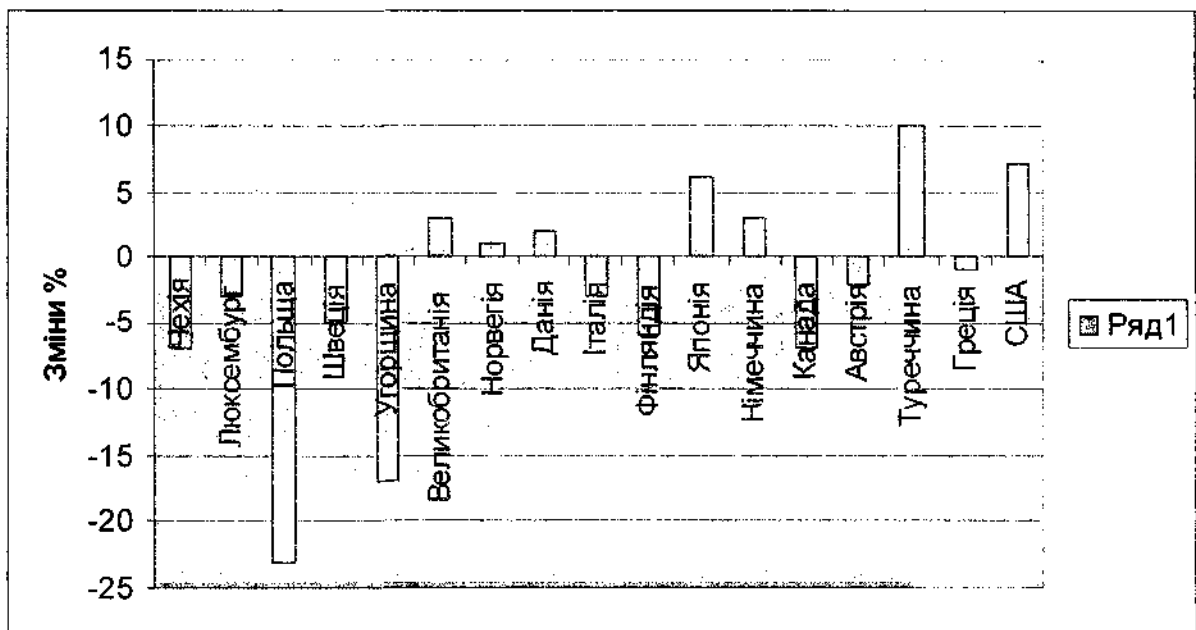


Рис. 1. Зміна участі держави у фінансуванні охорони здоров'я у 1990–2004 рр., (%). [4]

Проте, коли почався перехідний період, у Чехословаччині не спостерігалось такого кризового явища у системі охорони здоров'я, як у Польщі і Радянському Союзі. У разі потреби кожний міг отримати відповідну медичну допомогу на відносно високому рівні. Колишню систему часто характеризують як застарілу і неефективну, але приблизно при 5% витрат на охорону здоров'я від ВВП у більшості випадків попит на послуги задовольнявся без довгих черг. Характерно, що якість послуг була високою, незважаючи на недостатню кількість устаткування і його неналежний стан.

Не дивлячись на поділ Чехословацької Республіки на дві незалежні держави у 1993 р., політика в галузі охорони здоров'я в обох країнах проводилася відносно самостійно вже на ранніх етапах перехідного періоду, оскільки відповідальність за неї несли не федеральний уряд, а обидва національні уряди.

Перший документ про реформу був прийнятий в 1990 р., на основі якого в 1990 р. і 1991 р. була скасована існуюча до того система організації надання медичної допомоги. Всі медичні установи стали самостійними юридичними особами. Були підготовлені основні правила приватизації провайдерів, і приватний сектор почав діяти з 1992 р. Система медичного страхування була створена в 1992 р., на рік раніше, ніж у Словаччині. Ці зміни ґрунтувалися на припущенні, що конкуренція між страховими компаніями і приватними провайдерами зумовить позитивні зміни. Проте, в результаті виникло безліч ускладнень і упущень. Перехід від загальної податкової системи до непередбаченої страхової системи був дуже швидким. Страхові компанії створювалися як типово фінансові установи, а не як установи, відповідальні за економічний і медичний контроль у системі охорони здоров'я. Система відшкодування витрат провайдерів не була достатньо продуманою, що зумовило різке зростання обсягу послуг, що надавалися. Приватизація медичних установ стала не засобом, а метою реформ. Очікувалося, що регулювати ефективність розподілу буде ринок, недооцінювалася роль уряду в цьому процесі. В 1995 р. більшість медичних установ було приватизовано, лише в лікарняному секторі більше 50% ліжок залишилися в державному секторі (у Словаччині приватизація проходила з меншою швидкістю, а лікарні дотепер знаходяться в державному секторі).

Недооцінка економічних наслідків реформи зумовила виникнення багатьох проблем, особливо таких, як: низький рівень ефективності медичних установ, низька якість управління медичними установами, проблеми винагороди праці медичних працівників, «вибух» витрат на лікарські засоби, значні капітальні вкладення, значна кількість медичних послуг, що надаються, відсутність профілактичної медицини, бум в установах страхових компаній, деякі з них вельми швидко ставали банкрутами.

У кінці 90-х років ХХ ст. чеська система охорони здоров'я досягла певного рівня стабілізації. Кількість медичних страхових компаній значно скоротилася (з 26 в 1994 р. до 9 в 1999 р.), система відшкодування витрат і механізми заборони зростання витрат істотно поліпилися. Зокрема, найбільша Загальна компанія медичного страхування, стабілізувалася і почала здійснювати реальний контроль за системою надання медичної допомоги та її якістю [12].

Реформи для досягнення солідарності, децентралізації та приватизації проводили за трьома головними принципами: обов'язкове медичне страхування для всіх громадян, що фінансується національним фондом (медичне страхування, до якого уряд і наймані робітники та роботодавці роблять внески); медичне страхування у приватному секторі для створення та сприяння конкуренції неприбутковим закладам; підтримка переходу лікарів та інших медичних працівників до приватної практики та переведення деяких шпиталів під децентралізовану приватну юрисдикцію.

Сьогодні в країні існує індивідуальне (не родинне) страхування. Оплата його вартості здійснюється таким чином: підприємці відраховують частку від заробітку, за найманих працівників 2/3 страхового внеску платить працедавець і 1/3 - працівник. Страхування населення, що не працює, здійснюють за рахунок бюджетних коштів. Вартість медичної страховки залежить від стану і віку клієнта. Максимальні внески встановлені для 68–70-річних громадян. Величина ставок вираховується зі Списку медичних послуг, вартість кожної з яких визначена Міністерством охорони здоров'я [12, с. 23].

Клієнт заповнює необхідні документи і укладає договір страхування, копія якого відправляється платнику основної частини внеску (за місцем роботи або в місцеву адміністрацію). Особиста участь клієнта в підписанні договору і його самостійний вибір страхової компанії впливають на якість її роботи. Страхова компанія зважає на побажання, пропозиції і вимоги застрахованої особи. Сплативши внесок, застрахований не турбується про вартість медичних послуг і лікарських препаратів. Все це бере на себе страхова компанія.

Перелік медичних послуг чітко визначений. Медична страховка є повноцінною і комплексною та охоплює майже всі види медичної допомоги, за винятком косметичних операцій і частини стоматологічного сервісу. Вартість лікарських засобів рецептурної групи за амбулаторного і стаціонарного лікування також оплачує страхова компанія.

У Чехії діє бальна оцінка медичних послуг. Вартість бала єдина по всій країні, але періодично змінюється. За високої вартості деяких операцій клієнт доплачує певну частину суми. Проте обсяг доплати незначний і не перевищує декількох відсотків від вартості послуг. Амбулаторну допомогу в Чехії в основному надають приватні лікарі, хоча спочатку держава створювала пільгові кредити для бажаючих проводити приватну практику. Страхова компанія укладає договір про співпрацю з лікарями щодо надання медичних послуг. Стаціонарну допомогу продовжують надавати в державних лікарнях. Сьогодні існують відмінності в обсязі зарплати лікарів, що надають амбулаторну допомогу і лікарів стаціонару. Потрібно також зазначити, що всі відомчі медичні установи з введенням соціального страхування скасовані [5, с. 6].

Ефективна політика в галузі охорони здоров'я може бути важливим інструментом у досягненні головної мети – консолідації систем охорони здоров'я в межах змінного середовища без істотного впливу на реальний доступ до послуг охорони здоров'я в умовах, коли нестача ресурсів є одним з домінуючих бар'єрів. Разом з тим, розробляти і здійснювати ефективну політику в галузі охорони здоров'я не так-то просто через безліч обмежень, одні з яких є загальними, а інші – типовими для перехідних економік.

Аналізуючи досвід Польщі та Чехії, зазначимо, що деякі позитивні результати, які Україна може використати при побудові нового механізму фінансування охорони здоров'я. Ідея переходу України від бюджетного фінансування до страхування не є новаторською, адже це є логічним процесом переходу до ринкових відносин. На початковому етапі важливим кроком є прийняття єдиного і чіткого законодавства, яке регулюватиме взаємодію усіх сторін. Поштовхом для цього може стати широке провадження приватної практики, а також переконання суспільства у власній відповідальності. Чисельні недержавні, проте доступні медичні заклади створять конкуренцію, генеруватимуть нові ідеї, чим підвищуватиметься якість наданих послуг. Також необхідним є створення єдиного фонду медичного страхування, який був би акумулятором страхових внесків. Введення провідного терапевта як окремої ланки, спростить і поліпшить взаємодію між пацієнтом і лікувальним закладом.

Література

1. Львова Л. В. Опыт западного соседа // Провизор. – 2002. – № 9. – С. 9–10.
2. Немец Ю. Реформа здравоохранения в Чешской и Словацкой Республиках // Управление здравоохранением. – 2005. – № 14.
3. Пилипцевич Н. Н. и др. Зарубежный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения (обзор литературы) // Вопр. организ. и информатиз. здравоохранения. – 2000. – № 1. – С. 47–70.
4. Показатели финансирования здравоохранения в развитых странах // Аптека. – 2006. – № 30. – С. 10–12.
5. Терсина О. Медицинское страхование в странах Восточной Европы // Аптека. – 2003. – № 42 (413). – С. 5–7.
6. Чарнецька К. Медичне страхування та роль органів місцевого самоврядування в Польщі // www.healhfir.kiev.ua.
7. Frackiewicz L. Gdy nie ma «opiekuna» // Życie Gospodarcze. – 1990. – № 50 (2042).
8. Małgorzata Iycka – Raczk. Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 1999. – № 5. – С. 17–20.
9. Małgorzata Iycka – Raczk. Składka na ubezpieczenie zdrowotne // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 1999. – № 6. – С. 26–30.
10. Małgorzata Iycka – Raczk. Kasy Chorych a umowy o świadczenia zdrowotne // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 1998. – № 12. – С. 3–5.
11. Pedziński A. Nowe regulacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 2001. – № 12 (57). – С. 3–7.
12. Satera K. Ubezpieczenie zdrowotne w Czechach // Służba Zdrowia. – 2001. – № 51. – С. 23.
13. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 1998. – № 10. – С. 19–30.
14. Zdanowska Justyna. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne // Przegląd ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. – 2000. – № 2. – С. 13–16.