



Страхова медицина: зміна парадигми

15-17 квітня в м. Києві проводився VI Міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації». У рамках форуму відбулося секційне засідання «Школа головного лікаря», на якому обговорювалися питання медичного страхування. Пропонуємо читачам ознайомитися з найцікавішими думками з приводу цієї проблеми, які суттєво змінюють традиційне уявлення про страхування.



Головний редактор журналу «PRO Менеджмент в охороні здоров'я», член секретаріату Стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я при МОЗ України Павло Ковтонюк представив доповідь «Стратегічний вибір: «страхова медицина» чи справжні реформи?», якою серйозно похитнув віру аудиторії у доцільність впровадження страхової моделі в Україні.

— На сьогодні необхідність дотримання принципів доказової медицини при здійсненні медичної практики, без сумніву, є обов'язковим правилом. Однак як щодо політики у сфері охорони здоров'я? Чи зустрічав хтось у відкритих джерелах результати хоча б одного дослідження, яке б доводило, що страхова модель в Україні запрацює?

Виходячи саме з відсутності переконливих даних щодо ефективності страхової моделі в Україні Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я при МОЗ України був зроблений висновок, що страхова модель фінансового забезпечення Україні не потрібна, а впровадження страхової медицини — не реформа.

Історія медичного страхування в Україні дуже проста. Вона починається і закінчується тим, що «хтось колись вирішив, що Україні потрібна страхова медицина. Цього виявилось достатньо, щоб ідея про необхідність страхової моделі була сприйнята як аксіома. Ця особиста думка стала основою такого «культу карго» серед медичних реформаторів. Однак нерозуміння суті та шанування форми, формування містичного мислення, заснованого на віруваннях, завели в глухий кут — усі спроби щодо впровадження страхової медицини виявилися безрезультатними. Значною мірою це пояснюється тим, що вітчизняна економіка неспроможна фінансово забезпечити таку модель.

Відомо, що будь-яка система страхування пов'язує фінансування галузі охорони здоров'я із зайнятістю населення. Цей показник в Україні становить 45%. Зрозуміло, що відсоток офіційно зайнятих ще менший. Таким чином, невелика частка людей повинна утримувати значно більшу. В економічному обґрунтуванні проекту Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування наводяться такі дані: лише 16 млрд грн можуть оплатити роботодавці (за умови, що всі вони працюють легітимно), ще 5 млрд — самозайняті особи, решту коштів має забезпечити держава. (Однак держава у цьому випадку — не абстрактне поняття, а передусім гроші економічно активних громадян.)

Медичні витрати також передбачають державні асигнування для утримання адміністративного апарату МОЗ, державних медичних закладів тощо, на які потрібно ще 37 млрд грн.

Варто нагадати, що сьогодні зведений бюджет на медичну галузь становить 54 млрд грн. Відповідно до нового законопроекту (за розрахунками економістів), роботодавці повинні сплатити 21 млрд грн, а бюджет — 76 млрд. Таким чином, у страховій моделі відрахування з бюджету повинні бути ще більшими, ніж маємо зараз. Це попри те, що роботодавець платитиме додаткових 4% до соціального внеску, який і так є головною причиною тіньової економіки. Тобто цей закон обтяжуватиме всіх. Чому так відбувається? Тому що ми йшли від форми, не розуміючи змісту.

Росія створила страхову медицину на основі системи Семашка та отримала дефіцитний страховий фонд. Слід зазначити, що в Україні вже є один дефіцитний фонд — пенсійний. Який вихід буде знайдено? Мабуть, такий самий, як у Росії — неформальні платежі пацієнтів. Причому з великою ймовірністю можна стверджувати, що рівень неформальних платежів аж ніяк не зменшиться.

Таким чином, нав'язливе намагання запровадити страхову медицину просто законсервує систему. Однак ми намагаємося її реформувати, а не гальмувати. Для цього потрібно всі зусилля спрямувати на організацію ефективної та справедливої системи розподілу залучених коштів: автономізувати медичні заклади, перейти від фінансування ліжок до оплати послуг, втілити принцип «гроші йдуть за пацієнтом», впровадити нові моделі фінансування (DRG, подушний принцип на первинній ланці тощо). Ці кроки і є справжніми реформами. Ви будете здивовані: їх можна зробити без впровадження страхової медицини.



Думку Павла Ковтонюка значною мірою підтримала генеральний директор Української федерації ubezpieczenia, голова Громадської ради при Пенсійному фонді України, головний експерт групи «Пенсійна реформа» Реанімаційного пакету реформ Галина Миколаївна Трет'якова.

— Нинішній проект Закону про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування, який є майже ідентичним попереднім 11 проектам, так само нічого не вирішуватиме ні в медичній сфері, ні в системі її фінансування. Починаючи розмову про страхування, слід відзначити одну важливу річ: у слов'янських мовах слово «страхування» похідне від слова «страх». У жодній країні галузь, яка забезпечує (тобто страхує) не походить від слова «страх». Так, термін «страхування» походить від «insurance» (захист) або «securing» (убезпечення). Наприклад, польською мовою це звучатиме як ubezpieczenie społeczne (соціальне страхування).

Отже, насамперед йдеться про забезпечення. У цьому аспекті важливо розуміти, що будь-яка система фінансування медицини є страховою, у тому числі й сучасна бюджетна модель. І це не лише наша думка, про це свідчать міжнародні експерти. Для того щоб почати фінансувати медицину, спочатку потрібне «убезпечення» — створення спеціального фонду. Україна створює такий фонд шляхом формування державного бюджету і виокремлення у ньому певної частини коштів (наразі це 54 млрд грн, раніше — 60 млрд). Таким чином, цей фонд давно створений за рахунок наших податків. У подальшому уповноважені особи (назвемо їх політичними посередниками) розподіляють ці кошти.

Зменшення асигнувань на медичне забезпечення — тренд останніх років. Головною причиною цього процесу є постійне зростання суми на обслуговування зовнішнього боргу (нині 75 млрд доларів) та збільшення видатків на оборону країни. Тобто слід розуміти, що секвестрування медичних витрат буде продовжуватися й далі.

Ця доповідь буде суто ідеологічною. Її мета — показати, як, з погляду страховика, можна вирішувати проблему пошуку грошей для фінансування медицини. Для страхової компанії немає різниці, як будуть розподілятися залучені кошти — за системою Семашка, за Беверіджем, за американською системою чи за Бісмарком.

Головне розуміти, що дискурс про страхову медицину породжений неможливістю фінансового забезпечення медичної допомоги відповідно до задекларованих зобов'язань, зазначених у Конституції України. Ми наполягаємо на тому, що держава найближчим часом має визначитися щодо обсягу медичних послуг, які вона може фінансувати за рахунок бюджету, і пропонуємо ідеологічно підходити до питання фінансування за допомогою такої системи координат. Орієнтовна потреба в коштах для забезпечення нормального функціонування медичної галузі становить близько 100 млрд грн. Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що 40% цих коштів покривається за рахунок неформальних платежів. Тобто йдеться про 40 млрд грн. Однак ця сума потребує уточнення: які саме послуги переважно дофінансовуються: екстрені чи планові, високотехнологічні чи рутинні?

Логічно, щоб держава, виходячи з орієнтовної суми у 60 млрд грн, прийняла на себе зобов'язання щодо фінансування найбільш потрібної для населення медичної допомоги, переключивши витрати за менш актуальні медичні потреби на пацієнтів. Це один зі шляхів вирішення ситуації.

Можна піти іншим шляхом, забезпечивши умови, коли будь-яка послуга, яка надається населенню, на 50% оплачується державою, а на 50% — пацієнтами за власний рахунок. Загалом це відтворює наявну ситуацію в Україні. У такому випадку «50% за рахунок пацієнта» — це зона, в якій працюють страхові компанії.

Поширеною є практика, коли страхові компанії зазвичай наводять по кожній нозології перелік доплат (у тому числі й доплату медичному персоналу, за фармацевтичні препарати, обладнання тощо), які при певній нозології перекривають до 100%.

Держава може обрати більш складний шлях: визначити послуги, що сплачуватимуться на 100%, і ті, які будуть покриватися частково власним коштом пацієнта; а можливо, виділити такі, що забезпечуватимуться частково за рахунок держави.

Таким чином, ми маємо спочатку чесно сказати суспільству про наявні варіанти вирішення цієї проблеми

та обрати певний сценарій поведінки. І, мабуть, треба діяти за останнім сценарієм. Однак тоді виникає важливе питання: де взяти гроші, щоб закрити частину, яка не сплачується державою?

В Україні чомусь гроші постійно шукають у роботодавців. Мабуть, це тому, що в нашій країні були розірвані природно-еволюційні процеси розвитку відносин власності, що призвело до концентрації великої кількості засобів виробництва в руках незначної кількості приватних осіб. Тобто логіка така: вони мають ресурси, тому їх можна навантажити додатковим податком. Насправді, якраз великому бізнесу вдається завжди ухилитися від цього додаткового навантаження і весь тягар лягає на середній та малий бізнес, який не має жодного відношення до дармових активів, успадкованих від СРСР.

Однак у будь-якому випадку джерело фінансового забезпечення знайти можна. І нам, як громадянам, потрібно визначитися: чи це робиться в обов'язковому порядку, чи на добровільних засадах? І це філософське питання до кожного з нас.

Якщо ж ми обираємо роботодавця як джерело наповнення певного фонду, то виникає логічне запитання: ці кошти йтимуть тільки на тих працюючих, за яких вони сплачені, чи гроші мають порівну розподілятися на всі прошарки населення? Це справедливо чи ні?

Розглянемо, які можуть бути джерела фінансування різних прошарків на прикладі європейських країн.

У Європі все починається з домогосподарства, якому надається податкова пільга для утримання, наприклад, людини похилого віку. Така пільга реалізується шляхом повернення податку на доходи фізичних осіб або цієї податок взагалі не сплачується. Тобто якщо домогосподарство утримує інвалідів чи дітей, то фінансові витрати на їх утримання покладаються передусім на самі домогосподарства. У тому випадку, коли домогосподарство самостійно не може вирішити певні проблеми, їх розв'язання переноситься на місцевий рівень. Причому на місцевому рівні у бюджетах та кошторисах громада чітко знає, кого вона фінансує. Варто зазначити, що фінансують лише тих, у кого майновий ценз нульовий: немає квартири, джерел для існування тощо. І лише у випадку, коли домогосподарства з податковими пільгами за допомогою місцевого бюджету не здатні вирішити фінансові проблеми, залучається держава (центрального рівня).

Тому перенесення фінансового забезпечення медичних послуг з «центру» на місцеві бюджети може бути доцільним. Така політика значно ефективніша, оскільки саме громада краще володіє даними щодо необхідності фінансування тієї чи іншої особи. Джерелом фінансування медичних послуг може бути Пенсійний фонд. Звичайно, йдеться про пенсіонерів та за умови профіцитного Пенсійного фонду. Не слід також забувати про ще одне джерело фінансування — Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття. До речі, в Україні він є профіцитним. Окрім того, з коштів державного та місцевого бюджетів можна оплачувати лікування студентів та дітей.

Порушуючи питання про добровільність чи обов'язковість страхування, доречно зазначити, що у Європі ці категорії розуміються принципово інакше.

Під обов'язковістю частіше за все розуміють тільки такі договори медичного страхування, де трудовий колектив у процесі соціального діалогу з роботодавцем примушує власника бізнесу витратити кошти на придбання медичного страхування. Саме цей процес у Європі має назву «обов'язкове медичне страхування». Тобто обов'язкове медичне страхування існує не тому, що діє відповідний закон, а тому, що наймани працівники проявили волю і зобов'язали власника фірми забезпечити оплату медичної допомоги у разі хвороби. Інакше кажучи, на Заході обов'язкове страхування — це результат соціального діалогу, результатом якого є згода роботодавця оплатити працівникам договір медичного страхування.

Час на філософському рівні замислитися над безпосередньою часткою участі пацієнта у покритті витрат на медичне обслуговування. Цікаво до цього питання підійшли у Франції. У цій країні свого часу виникла ситуація, коли протягом 20-25 років усі розрахунки за медичні послуги відбувалися поза увагою пацієнтів. Це дало свої результати — люди, які не сплачували власних коштів за лікування, перестали відчувати вартість допомоги.

Велика Британія стала першою країною, в якій почали враховувати максимальні витрати з державного бюджету на утримання хворого при перебуванні його у комі. Ця сума була визначена у 2 млн фунтів стерлінгів. Це означає, що всі інші витрати сплачує родина пацієнта, оскільки це порушує справедливість щодо решти учасників солідарної системи.

Таким чином, наша пропозиція полягає в тому, щоб оплату послуг, які не належать до екстрених, частково здійснювали пацієнти.

Підготував **Анатолій Якименко**