

GVG

Виконавець Проекту:
GVG/СН/ЕРОSФІНАНСУВАННЯ
ТА УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'ЯПроект фінансується
Європейським Союзом

Несмотря на то, что Верховная Рада не поддержала законопроект № 4505 от 12.12.2003 г. "Об всеобщем государственном социальном медицинском страховании", создание и внедрение института социального медицинского страхования Украины остается одним из важных и эффективных инструментов реформирования системы здравоохранения.

Как мы уже сообщали, 18-20 мая 2004 г. в Киеве состоялся семинар Проекта Европейского Союза "Финансирование и управление в сфере здравоохранения Украины" на тему: "Медицинское страхование: опыт Европейского Союза". Вашему вниманию предлагаются материалы этого семинара.

РЕГУЛЯТОРНА ОСНОВА ДЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ
ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Володимир Рудий,

Український директор Проекту ЄС „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні”

Медичне страхування (МС) - одне з основних джерел фінансування охорони здоров'я. У різних країнах світу воно більшою чи меншою мірою використовується наряду з фінансуванням за рахунок загальних податків та безпосередньою оплатою медичних послуг готівкою за рахунок коштів громадян.

Як відомо, МС може бути обов'язковим для всього населення чи певної його частини і становити основу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я конкретної держави.

З іншої сторони, МС може бути й добровільним. В цьому випадку воно, як правило, носить доповнючий характер і використовується для фінансування тих видів послуг, що не покриваються за рахунок публічних джерел фінансування (тобто, бюджету, сформованого за рахунок загальних податків, та обов'язкового медичного страхування (ОМС)).

На фінансування охорони здоров'я в Україні протягом останніх 7 років виділяється близько 3

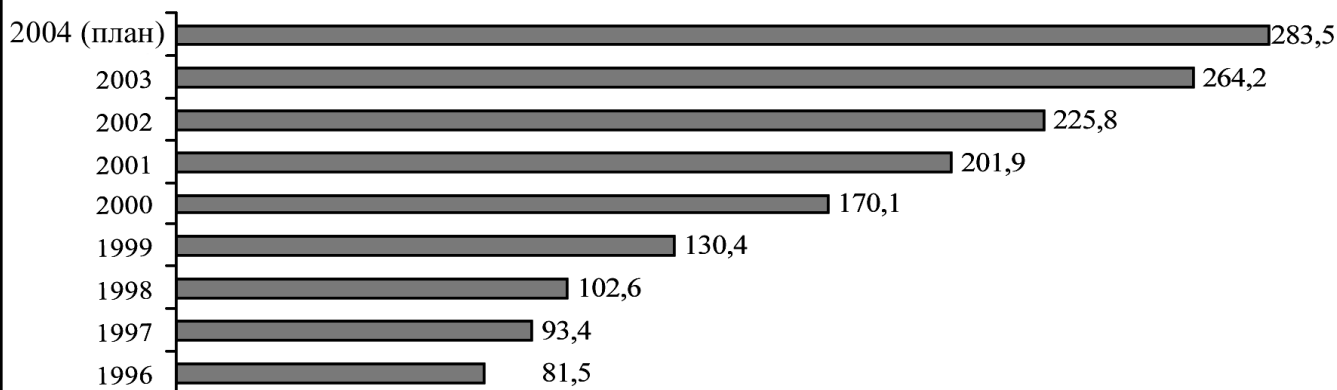
відсотків ВВП. Бюджетні витрати на охорону здоров'я складають близько 15 % усіх видатків консолідованого бюджету. У структурі видатків на охорону здоров'я близько 80 % складають витрати на заробітну плату медичних працівників та забезпечення утримання закладів охорони здоров'я (комунальні платежі). Решта приблизно 20 % витрат спрямовуються на інші потреби (ліки, обладнання, інші матеріали тощо). Видатки консолідованого бюджету на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення у минулому 2003 році склали близько 177 гривень (тобто, лише близько 33 доларів США чи 30 ЄВРО) на рік. Приблизно такі ж видатки на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення передбачені й консолідованим бюджетом на поточний 2004 рік (див. представлені нижче таблицю та діаграми).

Варто зауважити, що всі наведені вище характеристики стосуються офіційних видатків, передбачених консолідованим бюджетом. Проте, за неофіційними оц-

Таблиця 1. Динаміка деяких макроекономічних показників та основних показників фінансування охорони здоров'я з Державного бюджету України у 1999 - 2004 роках

Показники	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (план)
Валовий внутрішній продукт (ВВП), млрд. грн.	130,4	170,1	201,9	225,8	264,2	283,5
Видатки зведеного бюджету – загальний фонд, млрд. грн.	34,8	38,3	41,4	46,6	58,7	51,6
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету, млн. грн.	3808,7	4398,1	5432,1	6462,2	8459	8877,4
у тому числі:						
з місцевих бюджетів	3450,3	3835	4652,3	5333,2	6633,2	6653,4
з Державного бюджету	358,4	562,9	779,8	1128,4	1825,8	2224
Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках загального фонду зведеного бюджету, %	10,9	11,5	13,1	13,9	14,5	17,2
Відсоток видатків на охорону здоров'я до ВВП, %	2,9	2,6	2,7	2,86	3,2	3,1
Видатки консолідованого бюджету на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя:						
у гривнях.	76,7	89,3	112,2	134	177,0	185
у доларах США	18,6	16,4	20,9	25,1	33,2	34,1

Діаграма 1. Валовий внутрішній продукт (ВВП) України у 1996 - 2004 роках, млрд. грн.



інками, приблизно така ж частина ВВП вкладається у сектор охорони здоров'я за рахунок інших джерел, в тому числі й за рахунок плати з кишені та добровільного медичного страхування (ДМС). Однак, говорити про рівень достовірності цих оцінок (як і про структуру неофіційних видатків на охорону здоров'я) неможливо, оскільки відповідні надійні аналітичні дані про платежі з кишені (особливо неформальні) відсутні.

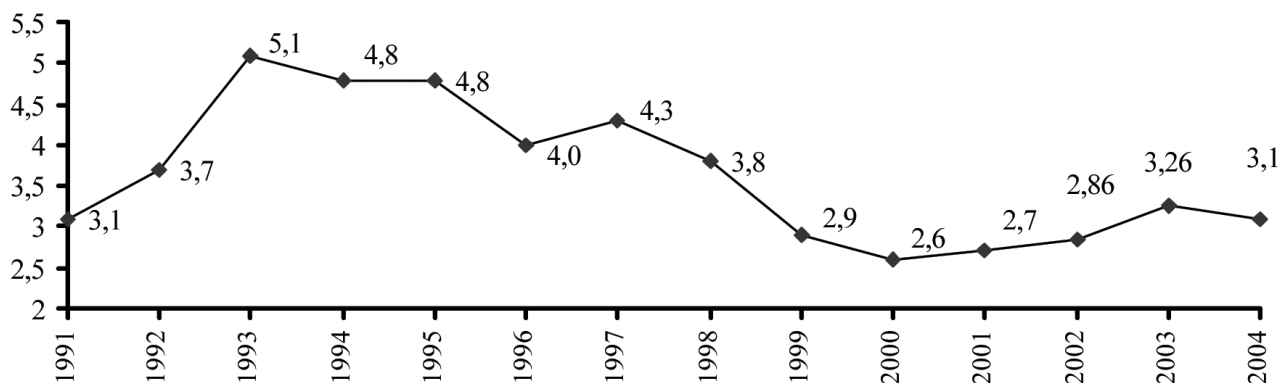
До цього слід додати, що за період з 1999 року (принаймні в абсолютних цифрах) фінансування сектору охорони здоров'я зросло майже у два з половиною рази. При цьому протягом зазначеного періоду в Україні не спостерігалось значних рівнів інфляції. Тим не менш, протягом всього періоду існування України як незалежної держави у суспільстві (і серед політиків, і серед громадськості) складалось переконання про те, що фінансування системи охорони здоров'я є вкрай недостатнім, і що саме дефіцит фінансування є єдиною причиною усіх негараздів вітчизняної системи охорони здоров'я.

Однак, заради справедливості, варто наголосити, що дефіцит фінансування, як й інші прояви кризи в системі охорони здоров'я України, почав проявлятися ще в кінці 80-х років, коли Україна була складовою частиною колишнього СРСР.

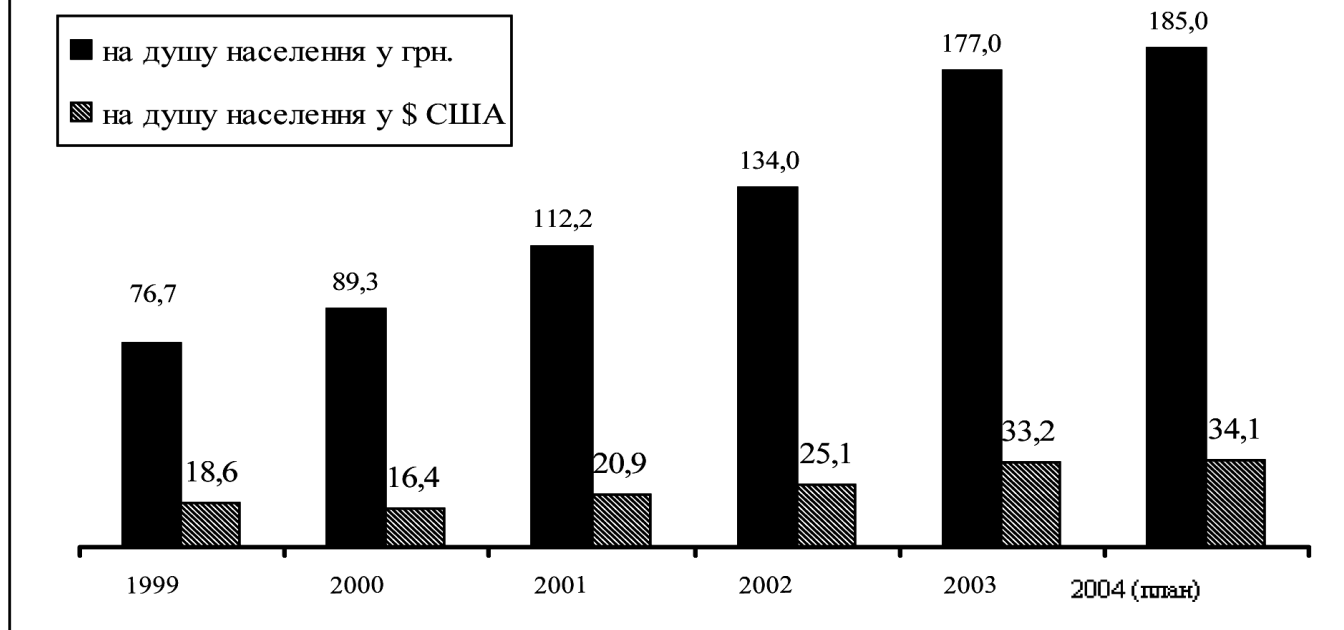
Водночас, так само справедливо й те, що протягом усіх цих років ми маємо справу не лише з дефіцитом фінансових ресурсів (який дійсно має місце), але й з їх неефективним використанням. І підтвердженням цьому є відсутність позитивних зрушень, незважаючи на зазначене вище зростання рівнів фінансування. Того, що протягом останніх 6 років фінансування сектору охорони здоров'я збільшилося, не відчули ані пацієнти, ані лікарі. Перші не відчули поліпшення якості й доступності медичного обслуговування, другі – суттєвого зростання заробітної плати.

Розуміння того, що саме комбінація дефіциту фінансування та неефективного використання ресурсів стали причиною того, що ще в 1992 році при прийнятті Основ законодавства України про охорону здоров'я (які й досі не втратили своєї актуальності і продовжують залишатися основним законодавчим актом у цій сфері), Парламент визначив медичне страхування одним з джерел фінансування системи охорони здоров'я [1]. Зрозуміло, що при цьому ставка робилася передусім на можливість залучення додаткових коштів. Але не слід забувати й про те, що саме в умовах медичного страхування завдяки використанню відповідних господарських стратегій та механізмів (відділення плат-

Діаграма 2. Питома вага видатків на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті (ВВП) в Україні у 1991- 2004 роках, (%)



Діаграма 3. Бюджетні видатки на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя в Україні в 1999 - 2004 роках



ника від постачальника медичних послуг, запровадження контрактних відносин між цими двома суб'єктами, забезпечення фінансової та управлінської автономії постачальників послуг, тощо) може бути забезпечено максимальну ефективність використання ресурсів.

У 1993 році Верховною Радою України було схвалено Концепцію соціального забезпечення населення України [2], що визначила обов'язкове медичне страхування однією з складових соціального страхування, яке повинне будуватися на принципах солідарності.

Перевагами обов'язкового соціального медичного страхування є те, що воно носить обов'язковий характер для всього населення чи переважної його частини. Страхові внески мають цільовий характер, що має захищати їх від політичних маніпуляцій. Розмір цих внесків не залежить від ризику захворіти, набір медичних послуг є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від розміру внеску і визначається лише медичними потребами конкретної людини.

Протягом 1994 — 1995 років у розвитку законодавчої бази соціального забезпечення, охорони здоров'я та страхової справи панувало відносно затишшя. Саме в цей період починають з'являтися перші, дуже недосконалі варіанти законопроектів, присвячених запровадженню обов'язкового медичного страхування.

Своєрідною точкою відліку, з якої бере початок сучасна правова ситуація у сфері охорони здоров'я, став 1996 рік. Саме прийнята у 1996 році Конституція України [3] закріпила безоплатність медичної допомоги для всіх громадян незалежно від обсягу у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та неможливість скорочення їх мережі.

Крім того, саме у 1996 році був прийнятий Закон України „Про страхування” (переглянутий у 2000 р.) [4], який започаткував правові можливості для розвитку ринку добровільного медичного страхування і водночас до переліку видів обов'язкового цивільно-правово-

го страхування відніс обов'язкове приватне медичне страхування. Саме остатнє поклато початок протистоянню двох концепцій обов'язкового медичного страхування. Разом з тим, слід зазначити, що відповідний пункт статті 7 Закону „Про страхування” не визначає жодних конкретних категорій населення, що повинні підлягати обов'язковому приватному медичному страхуванню.

Найбільшої сили це протистояння набрало з 1998 року, коли прийняті Верховною Радою України Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [5] ще раз підтвердили необхідність створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як форми соціального забезпечення громадян у сфері медичного обслуговування.

Якщо коротко оцінити регуляторну базу для підготовки запровадження ОМС в Україні в цілому, то слід зазначити, що її позитивними рисами вже нині є:

- принципова можливість децентралізації, підвищення ступеня автономії публічних закладів охорони здоров'я та їх діяльності як у формі бюджетних установ, так і в формі підприємств, в тому числі державних та комунальних (Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний та Господарський кодекси України, Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні”);
- можливість встановлення контрактних відносин між платниками і надавачами медичних послуг, запровадження державних закупівель цього типу послуг на конкурентній основі у провайдерів різних форм власності та господарювання (Закон України „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти, Бюджетний кодекс України);
- можливість переорієнтації системи медичного обслуговування на використання економічно більш ефективних стратегій, зокрема шляхом надання пріоритету розвитку первинної медико-санітарної допомоги, сімей-

ної медицини, стаціонарозамінюючих технологій тощо (Основи законодавства про охорону здоров'я; затверджена Указом Президента України Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; схвалена Кабінетом Міністрів України Міжгалузева комплексна програма „Здоров'я нації” на 2002 – 2011 роки; цілий ряд постанов Кабінету Міністрів України та наказів Міністерства охорони здоров'я України, що стосуються розвитку первинної медико-санітарної допомоги, сімейної медицини та ін.).

Все це, в свою чергу, дозволяє говорити про можливість суттєвого підвищення якості та ефективності чинної системи медичного обслуговування населення навіть без прийняття закону про обов'язкове медичне страхування.

Основні негативні сторони регулятивної бази для підготовки запровадження ОМС – це обмежені Конституцією можливості використання стратегії базового пакету безоплатних медичних послуг, що надаються за рахунок публічних джерел фінансування, та залучення громадян як платників до формування внесків у майбутню систему загальнообов'язкового державного медичного страхування. До негативних характеристик регулятивної бази слід додати практичну відсутність раціональної фармацевтичної політики на національному та локальному рівнях, відсутність адекватних соціальних нормативів та стандартів якості у сфері медичного обслуговування, непослідовну і недосконалу політику в частині, що стосується створення сприятливого режиму оподаткування в секторі охорони здоров'я (зокрема, фактичне запровадження з початку 2004 р. податку на додану вартість для операцій з постачання медичних послуг).

Однак чи не найголовнішою вадою зазначеної регулятивної бази, на нашу думку, є те, що фактично нині в Україні однаково легітимні дві концепції подальшого розвитку обов'язкового медичного страхування: концепція соціального медичного страхування з одного, і концепція обов'язкового приватного медичного страхування – з іншого боку.

Причинами протистояння цих двох концепцій, на нашу думку, стало нерозуміння переваг моделі соціального медичного страхування та лобювання створення моделі обов'язкового цивільного (комерційного) медичного страхування, орієнтованої на створення конкурентних страхових ринків та використання багатьох комерційних страховиків. Останнє зумовлено різким зменшенням рівня прибутковості ринку добровільного медичного страхування [6] і цілком зрозумілим пошуком нових додаткових ресурсів з боку комерційних страхових організацій.

В результаті досягти консенсусу у виборі моделі подальшого розвитку обов'язкового медичного страхування серед осіб, що впливають на прийняття політичних рішень, поки що так і не вдалося. Тому Закон про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування досі не прийнятий.

Нині на розгляді в Парламенті є кілька поляризованих законопроектів, що базуються відповідно на концепціях соціального та обов'язкового цивільного медичного страхування. Це законопроекти про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (реєстраційні №№ 4505 та 4505-1) [7, 8], що базуються на концепції соціального страхування, та основані на кон-

цепції обов'язкового приватного страхування проект закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування (реєстраційний № 3370) [9] і проект закону про загальнообов'язкове медичне страхування (реєстраційний № 3370-1) [10].

Законопроекти, орієнтовані на модель соціального страхування, передбачають солідарність фінансування та універсальну програму послуг для всіх застрахованих; для них є характерною неконкурентна універсальна страхова система, що виключає селекцію страхових ризиків і негативний вплив на справедливість та передбачає відносно простий механізм управління.

Законопроекти, орієнтовані на модель обов'язкового цивільного медичного страхування, передбачають регресивний характер фінансування, в умовах якого особи з меншими доходами змушені будуть платити у систему медичного страхування відносно більшу частину своїх доходів, ніж високозабезпечені особи. Ці законопроекти передбачають різні програми в залежності від суми страховки. Вони також передбачають створення конкурентних страхових ринків, при яких страховики неминуче використовуватимуть феномен селекції страхових ризиків або “зняття вершків”, результатом якого буде зменшення справедливості та доступності системи насамперед для хронічно хворих та літніх людей. До цього варто додати, що запропонована цими законопроектами схема передбачає надзвичайно складний з точки зору реалізації механізм управління системою страхування.

Спільними позитивними рисами обох груп законопроектів про ОМС є норми, що стосуються підвищення ступеня фінансово-господарської автономії надавачів послуг, досить детальне визначення груп населення, що підлягають страхуванню.

В той же час, в обох групах законопроектів недостатньо опрацьованими залишаються питання, що стосуються визначення переліку послуг, які покриваються за рахунок страхування, принципів визначення вартості послуг, порядку і принципів відшкодування вартості медикаментів, що надаватимуться застрахованим.

Далі наводяться основні відмінності між проектом закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (реєстраційний № 4505) та проектом закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (реєстр. № 4505-1), що базуються на концепції соціального страхування і передбачають створення одного національного страхового фонду, а також різниця між побудованими на концепції обов'язкового приватного страхування законопроектами про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування (реєстр. № 3370) та про загальнообов'язкове медичне страхування (реєстр. № 3370-1)

Згідно з проектом № 4505 (стаття 9), перелік медичних послуг, на які мають право застраховані особи, повинен визначатися щорічно окремим законом на рівні парламенту, а у відповідності з проектом № 4505-1 (стаття 8) цей перелік має бути представлений у вигляді Базової програми обов'язкового медичного страхування, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Крім того, в проекті № 4505-1 (стаття 8) зроблено спробу в загальному вигляді визначити не лише перелік послуг, вартість яких буде покриватися за рахунок коштів

обов'язкового медичного страхування, але й конкретно визначити перелік послуг, вартість яких не буде покриватися за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. При цьому в останньому із зазначених переліків послуг чітко вказані інші, ніж обов'язкове медичне страхування, джерела фінансування.

Проект № 4505-1 по-іншому, ніж проект № 4505, визначає статус Фонду медичного страхування. Відповідно до проекту № 4505-1, цей Фонд повинен мати статус державної самоврядної некомерційної організації, а відповідно до проекту № 4505 – статус некомерційної (незрозуміло якої – державної чи недержавної) самоврядної організації. Інші відмінності між проектами №№ 4505 та 4505-1 не є суттєвими.

Попри концептуальну подібність, різниця між зазначеними вище проектами законів, що будуються на основі обов'язкового приватного медичного страхування більш суттєва.

Безумовно, головною відмінністю проекту № 3370-1 є те, що в ньому має місце спроба легалізувати використання солідарних форм взаємного страхування на рівні територіальних громад. Проект № 3370 такого не передбачає.

Зокрема, проект 3370-1 передбачає створення фонду взаємного страхування - лікарняної каси - у кожній територіальній громаді та обов'язкову сплату внесків у таку касу кожним членом територіальної громади. При цьому кошти, що акумулюються в лікарняній касі, можуть витратитися лише на утримання сімейного лікаря, який надає первинну допомогу членам громади, та на покриття витрат цього лікаря (на додаток до коштів, передбачених договором між сімейним лікарем і відповідним територіальним відділенням Медичного страхового бюро України, створення якого передбачено цим законопроектом і про яке більш детально буде сказано нижче).

Оплата спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, згідно з проектом № 3370-1, повинна забезпечуватися за кошти обов'язкового медичного страхування, яке здійснюють конкуруючі комерційні страхові компанії - члени Медичного страхового бюро України і безпосередньо зазначене Бюро. В той же час, згідно з законопроектом № 3370, оплата спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги може здійснюватися як за рахунок коштів бюджету, так і за рахунок коштів медичного страхування.

У структуру Медичного страхового бюро України входять два централізованих резервних страхових фонди: державний медичний фонд, засновником якого є держава в особі Кабінету Міністрів України (цей фонд повинен використовуватися для забезпечення громадянам гарантій безоплатної спеціалізованої медичної допомоги та співоплати за надану застрахованим високоспеціалізовану медичну допомогу в межах коштів бюджету фонду) та недержавний медичний фонд, засновником якого є комерційні страхові компанії, що мають ліцензію на право здійснення медичного страхування (метою цього фонду має бути забезпечення громадянам гарантій на високо спеціалізовану медичну допомогу в медичних закладах за місцем проживання за умови укладення договору про страхування з однією з страхових компаній).

Таким чином, згідно з законопроектом № 3370-1, Медичне страхове бюро України має забезпечувати:

- часткову оплату первинної медичної допомоги, що надається сімейними лікарями (на додаток до іншої частини оплати цієї допомоги, що забезпечується за рахунок коштів взаємного страхування через лікарняну касу на рівні територіальної громади (статті 9, 10);
- оплату вартості наданої застрахованим спеціалізованої медичної допомоги за рахунок коштів державного медичного фонду і співоплату вартості високоспеціалізованої медичної допомоги в межах коштів бюджету цього фонду – статті 39, 41;
- оплату за рахунок коштів недержавного медичного фонду вартості наданої застрахованим високоспеціалізованої медичної допомоги (у випадках, коли кошти та майно страхової компанії – члена Медичного страхового бюро, що ліквідується чи визнана банкрутом, є недостатніми для виконання зобов'язань страховика по договору про обов'язкове медичне страхування) – статті 39, 41.

Джерелами формування зазначених централізованих страхових резервних фондів передбачається зробити частину суми коштів збору на обов'язкове соціальне страхування (не медичного – *Авт.*); кошти Державного та місцевих бюджетів, що виділяються на охорону здоров'я (крім коштів Державного бюджету, що виділяються на відповідні загальнодержавні програми у зазначеній сфері); акциз на тютюн та алкоголь; податок на рекламу тютюну та алкоголю; штрафи й податки за забруднення навколишнього середовища; прибуток від операцій з цінними паперами, що є власністю Медичного страхового бюро України; прибуток від тимчасово вільних коштів державного та недержавного медичного фондів на депозитних рахунках; вступні внески страхових компаній при вступі до Медичного страхового бюро України (розмір визначається Координаційною Радою Медичного страхового бюро України); відрахування страхових компаній від страхових премій обов'язкового медичного страхування (в розмірі, що визначається Радою Медичного страхового бюро України); пеня за несвоєчасні відрахування від страхових премій обов'язкового медичного страхування; кошти, повернуті Медичному страховому бюро України в регресному порядку (в випадках, коли Медичне страхове бюро України сплатило по страхових зобов'язаннях страхової компанії – члена Бюро за високоспеціалізовану медичну допомогу, надану медичними закладами застрахованим особам). Слід зазначити, що використання багатьох з цих джерел коштів (принаймні акцизного збору, податку на рекламу, штрафів й податків за забруднення навколишнього середовища) для формування вказаних фондів реально навряд чи є можливим без забезпечення внесення відповідних змін до податкових законів.

Однак, проект № 3370-1 чітко не розмежовує, які з зазначених джерел призначені для формування державного фонду і які – для формування недержавного фонду. Крім того, проект № 3370-1 (на відміну від проекту № 3370) не передбачає безпосереднього регулювання розмірів страхових сум і максимальних розмірів страхових тарифів, делегуючи розв'язання цих надзвичайно важливих проблем до компетенції вказа-

ного вище Медичного страхового бюро України. Аналогічно проект делегує Медичному страховому бюро вирішення питання про встановлення порядку та умов формування вказаних вище централізованих страхових резервних фондів.

Однією з негативних характеристик проекту № 3370-1, що відрізняє його від проекту № 3370, є те, що він навіть у загальному вигляді не дозволяє визначити конкретні обсяги медичної допомоги, на яку будуть мати право застраховані особи (хоча і в проекті № 3370 ця проблема вирішується надзвичайно невдало). Також проект № 3370-1 навіть у загальному вигляді не передбачає визначення порядку оцінки вартості медичних послуг, що надаються застрахованим особам.

Ще однією відмінною рисою проекту № 3370-1 є те, що він дозволяє здійснювати медичне страхування будь-якій страховій компанії, яка має відповідну ліцензію (в той же час проект № 3370 дозволяє займатися цією діяльністю лише спеціалізованим медичним страховим компаніям, які не мають права займатися ніякими іншими видами страхування, крім обов'язкового і добровільного медичного страхування, добровільного страхування від нещасних випадків та добровільного страхування на випадок хвороби).

Підводячи підсумок, слід сказати, що в основному національна регулятивна база з формальної точки зору є достатньою для впровадження нових, здатних підвищити якість та економічну ефективність системи медичного обслуговування принципів фінансування та управління навіть без запровадження обов'язкового медичного страхування.

Разом з тим, запровадження обов'язкового медичного страхування (і саме як одного з різновидів соціального страхування) могло б стати своєрідним каталізатором цих таких необхідних і довгоочікуваних змін.

В той же час, значною мірою успішний рух вперед в цьому напрямі стримує стаття 49 Конституції України, що виявилася менш прогресивною, ніж ухвалені кількома роками раніше від неї закони, які забезпечують регулювання в сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим надзвичайно бажаними є або зміна відповідних положень зазначеної вище статті Конституції, або, принаймні, інше ніж те, що має місце нині [11], офіційне тлумачення цих положень Конституційним Судом України.

Крім того, для забезпечення можливостей подальшого ефективного впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні особам, які є відповідальними за прийняття політичних рішень, необхідно на решті знайти консенсус у протистоянні зазначених вище двох концепцій розвитку ОМС. При цьому цілком обґрунтовано перевага має бути віддана концепції соціального страхування.

Такий висновок ґрунтується хоча б на тому, що єдиною країною Європи, де існує обов'язкове приватне медичне страхування, є Швейцарія. Інші ж країни Європейського регіону віддають перевагу схемам фінансування системи медичного обслуговування, побудованим на зборі загальних податків (бюджетна система) чи на соціальному страхуванні. До цього слід додати й те, що Організація Економічного Співробітництва та Розвитку (ОЕСД) у своїх останніх рекомендаціях

державам-членам [12] не рекомендує використовувати обов'язкове приватне медичне страхування як можливу стратегію реформування та розвитку систем охорони здоров'я саме через ті недоліки цієї стратегії, про які вже йшлося вище у цій статті.

На нашу думку, першим кроком до припинення протистояння згаданих вище двох концепцій розвитку ОМС могло б стати вилучення медичного страхування з переліку передбачених Законом України „Про страхування” видів обов'язкового страхування, або, принаймні, поширення цього виду обов'язкового страхування виключно на іноземців, які тимчасово перебувають на території України.

Такі зміни видаються тим більш доцільними з врахуванням необхідності детального перегляду чинного нині Закону України „Про страхування”, який нині передбачає більше 40 видів обов'язкового приватного страхування (в тому числі й медичне). Тим не менш, спрямовані на вирішення цієї проблеми законодавчі пропозиції чомусь відсутні у відповідному законопроекті, що знаходиться на розгляді у Верховній Раді України [13], і обов'язкове приватне медичне страхування поки що продовжує залишатися недоторканою складовою переліку обов'язкових видів страхування, встановленим вказаним вище Законом. Водночас, відповідні законодавчі акти абсолютної більшості країн світу передбачають не більше 5-6 видів обов'язкового приватного страхування, не відносячи до них медичне страхування власних громадян (про виняток, який становить Швейцарська Конфедерація, йшлося дещо вище).

Отже, без усунення негативних аспектів регулювання та прояву політичної волі до повноцінного використання позитивів регуляторної бази ефективно запровадження ОМС в Україні навряд чи можливе.

Крім того, у будь-якому разі усі наявні нині в Україні законопроекти про ОМС потребують суттєвого доопрацювання у частині нормування обсягу гарантованих медичних послуг, визначення їх вартості, принципів та порядку страхового відшкодування вартості ліків. Також необхідні розробка та затвердження стандартів якості, побудованих на принципах доказової медицини.

Важливими кроками у сфері оперативного регулювання мають стати також запровадження фінансових стимулів для надавачів медичних послуг через запровадження стратегій медичного аудиту та клінічного управління, що спрямовані на забезпечення балансу між якістю, економічною та соціальною ефективністю системи медичного обслуговування, та через запровадження нових, більш прогресивних від постатейного кошторису бюджетної установи, форм оплати за медичні послуги.

Слід зауважити, що всіх цих заходів необхідно вживати незалежно від подальшої долі законопроектів про соціальне ОМС, оскільки застосування зазначених стратегій однозначно здатне підвищити якість та ефективність системи медичного обслуговування навіть за умови збереження чинної системи фінансування охорони здоров'я за рахунок загальних податків (яка, до речі, згідно з останньою запропонованою ОЕСД класифікацією медичного страхування [12] розглядається як один з підвидів публічного медичного страхування (tax-based public health insurance) – Авт.). І

саме попереднє випробування та адаптація цих технологій до місцевих умов України в умовах бюджетного фінансування сектору охорони здоров'я здатні стати запорукою дійсно ефективного запровадження соціального медичного страхування у найближчій перспективі в разі прийняття відповідного політичного рішення.

Використані нормативні акти та література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. // Відомості Верховної Ради України, 1993, № 4, ст.19; 1993, № 11, ст. 93; 1993, № 15, ст.132; 1994, № 28, ст.235; 1994, № 41, ст.376; 1994, № 45, ст.404; 1997, № 15, ст.115; 2000, № 19, ст.143; 2003, № 10-11, ст.86.
2. Концепція соціального забезпечення населення України. Схвалена Постановою Верховної Ради України від 21 грудня 1993 року № 3758-XII.
3. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 26 червня 1996 року. – Київ, 1997, 80 с.
4. Закон України „Про страхування” (В редакції Закону № 2745-III від 04.10.2001, Відомості Верховної Ради України, 2002, № 7, ст.50; 2002, № 8, ст.62; 2002, № 14, ст.96; 2002, № 16, ст.114; 2003, № 38, ст.313; 2004, № 2, ст.6).
5. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. // Відомості Верховної Ради України, 1998, № 23, ст.121.
6. Т. Очимовская. „Медицина” стала убыточной. // „Деловая столица”. Национальный еженедельник, # 18 – 19, 10.05.2004, С.20.

7. Проект Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (реєстраційний № 4505 від 12.12.2003 р.) // <http://rada.gov.ua>

8. Проект Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (реєстраційний № 4505-1 від 06.02.2004 р.) // <http://rada.gov.ua>

9. Проект закону України про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування (реєстраційний № 3370 від 08.10.2003 р.) // <http://rada.gov.ua>

10. Проект закону про загальнообов'язкове медичне страхування (реєстраційний № 3370-1 від 27.01.2004 р.) // <http://rada.gov.ua>

11. Рішення Конституційного Суду України у справі за поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України „у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу), м. Київ, 29 травня 2002 року, № 10-рп/202, справа № 1-13/2002.

12. Proposal for a taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project, June 2004 // <http://www.oecd.org>

13. Проект Закону України про внесення змін до деяких законів України щодо обов'язкових видів страхування (реєстраційний № 5272 від 16.03.2004 р.) // <http://rada.gov.ua>

ПОРІВНЯННЯ МОЖЛИВОГО ВПЛИВУ ПРОЕКТІВ ЗАКОНІВ УКРАЇНИ “ПРО ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ” ТА “ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ” НА РІЗНІ АСПЕКТИ РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Др. Маріс Йессе, *Експерт з питань політики та законодавства у сфері медичного страхування, Проект ЄС „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні”*

Наведений нижче порівняльний аналіз (див. таблицю) проекту Закону України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (№ 4505) та проекту Закону України “Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування” (№ 3370) був зроблений експертами в рамках Проекту Європейського Союзу “Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні” на прохання Міністерства охорони здоров'я України, та містить незалежну оцінку та коментарі міжнародних експертів Проекту.

Проаналізувавши вплив зазначених вище альтернативних законопроектів, який вони можуть спричинити за умови їх прийняття, на солідарність та справедливість фінансування сфери охорони здоров'я в Україні, а також з огляду на проблеми, пов'язані з вимогами до регулювання та управління, та на рівень складності запровадження нової системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні, притаманні кожному з вказаних зако-

нопроектів, експерти Проекту вважають, що обидва законопроекти містять окремі елементи, які в майбутньому можуть сприяти підвищенню ефективності та якості системи фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні, зокрема, намір надати надавачам медичних послуг більшу самостійність у питаннях розпорядження власними ресурсами. Однак, жоден із законопроектів не є ще достатньо добре опрацьованим та виваженим для того, щоб забезпечити рівномірне запровадження нової системи медичного страхування, яка б характеризувалась фінансовою стабільністю та базувалася б на принципі прозорості процесу прийняття рішень щодо обсягу допомоги, який гарантується застрахованим особам. Один з двох альтернативних законопроектів (законопроект № 4505) підтримує принцип солідарності фінансування охорони здоров'я, передбачаючи пропорційні страхові внески, що відраховуються від розміру доходів працюючих осіб. Цим, згідно з принципом

солідарності, забезпечується підтримка особами з вищими доходами оплати медичної допомоги для осіб з нижчими доходами (багатий платить за бідного). В той же час, єдині внески для працюючих осіб, що відраховуються у розмірі 6% від прожиткового мінімуму, запропоновані законопроектом № 3370, передбачають, що особи з нижчим рівнем доходів сплачуватимуть на покриття витрат на охорону здоров'я пропорційно більшу частку свого доходу, ніж особи з вищим рівнем доходів. Таким чином, законопроектом № 3370 пропонується запровадження регресивної системи страхування, що знижує рівень солідарності між застрахованими особами.

Передбачена законопроектом № 3370 пропозиція запровадити багатьох страховиків та створити конкуренцію між ними, починаючи з другого року проведення реформи, несе в собі значну загрозу гарантіям надання медичних послуг хронічно хворим та літнім людям. Досвід усіх країн з конкурентними страховими ринками медичного страхування свідчить про те, що страховики, як правило, прагнуть страхувати осіб із кращим станом здоров'я, та намагаються не страхувати осіб з високим ризиком здоров'я. Повне уникнення такого явища як "збирання вершків" шляхом державного регулювання, на практиці виявляється неможливим. Послаблення подібної закономірності навіть у деякій мірі потребує надзвичайно сильних регулятивних можливостей держави щодо забезпечення загальної стабільності, дотримання закону та громадського контролю.

Таким чином, експерти Проекту пропонують утриматись від експерименту із запровадженням конкурентних страхових ринків на сучасній стадії реформи фінансування в сфері охорони здоров'я в Україні.

Отже, можна говорити, що концепція законопроекту № 4505 є більш виваженою та прийнятною з точки зору

солідарності та справедливості, ніж концепція законопроекту № 3370, і саме прийняття першого з зазначених законопроектів може створити умови для більш успішної реалізації обговорюваної реформи системи охорони здоров'я в Україні.

Навпаки, прийняття законопроекту №3370 може зумовити погіршення солідарності та справедливості фінансування системи охорони здоров'я і в перспективі призвести до ускладнень із забезпеченням медичного обслуговування населення. В той же час, у законопроекті № 3370 також присутні певні позитивні елементи, що можуть стати предметом подальшого розгляду (зокрема, це стосується положення про залучення регіональних представників до управління системою медичного страхування).

Безперечно, надання переваги прийняттю того чи іншого з проаналізованих законопроектів є внутрішнім політичним рішенням України.

Разом з тим, на нашу думку, законопроект № 4505 може бути використаний як адекватна основа для створення правових умов, за допомогою яких в Україні буде запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, засновану на солідарності та справедливості та орієнтовану на ефективність роботи сфери медичного обслуговування. Однак, перед ухваленням, законопроект потребує значного доопрацювання з метою забезпечення послідовного та прозорого введення системи в дію. Зокрема, доопрацювання потребують положення законопроекту, що стосуються відбору надавачів медичних послуг страховиком, визначення строків початку та припинення дії страхових гарантій, визначення структури витрат, що мають визначати вартість медичних послуг, які надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування тощо.

Таблиця. Порівняльні характеристики можливого впливу проектів Законів України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" (реєстраційний № 3370 від 8.10.2003 р.) та "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (реєстраційний № 4505 від 12.12.2003р.) на окремі аспекти реформи фінансування охорони здоров'я в Україні

Критерій оцінки/аспект	Законопроект № 3370	Законопроект № 4505	Коментар експертів
Узгодженість фінансування	Єдині внески для працюючих осіб (відрахування у розмірі 6% від прожиткового мінімуму)	Пропорційні страхові внески (відрахування в залежності від розміру доходів працюючих осіб)	Більший рівень узгодженості вбачається у законопроекті № 4505, оскільки за умов пропорційної виплати (% від суми доходу), особи з більшими доходами сплачують більші суми внесків. Таким чином, вони здійснюють фінансову підтримку осіб з меншими доходами
Справедливість	Різні програми послуг, передбачені різними рівнями страхування	Більш універсальна програма послуг для всіх застрахованих осіб	Справедливі системи забезпечують однакову доступність послуг для осіб з однаковими потребами. Більш універсальні програми, як правило, справедливіше (законопроект № 4505)
Регулятивні труднощі страхового ринку	Створення конкурентноспроможних страхових ринків	Неконкурентна універсальна страхова система	Досвід всіх країн з конкурентними ринками медичного страхування свідчить, що страховики, як правило, прагнуть страхувати осіб з кращим станом здоров'я, та намагаються не страхувати осіб з високим ризиком для здоров'я (законопроект №3370). Це негативно впливає на можливість гарантувати медичне обслуговування хронічно хворим та літнім людям і негативно відбивається на справедливості фінансування охорони здоров'я. Повне уникнення такого явища як "збирання вершків" шляхом державного регулювання на практиці виявляється неможливим. Послаблення певною мірою подібної тенденції потребує надзвичайно сильних регулятивних можливостей держави

Критерій оцінки/аспект	Законопроект № 3370	Законопроект № 4505	Коментар експертів
Ефективність	Надавач послуг наділяється частковою автономією (у розпорядженні доходами від обов'язкового та добровільного медичного страхування)	Автономія надавача послуг у розпорядженні більшою часткою доходів, причому передбачається, що переважна частина коштів буде надходити від медичного страхування	Автономія надавача послуг в управлінні установою при відповідному державному регулюванні є мотивуючим фактором ефективності сфери охорони здоров'я
Управління системою	Багаторівневе управління, що включає Державну медичну страхову організацію, Центр медичного страхування, представників держави, роботодавців, застрахованих осіб, надавачів послуг, страхувальників та регіональних представників у різноманітних комітетах. Звітування перед Кабінетом Міністрів про окремі рішення	Фонд медичного страхування з дворівневим управлінням за участю представників держави, роботодавців та застрахованих осіб. Прийняття рішень про розмір внеску та перелік послуг, що надаються застрахованим особам, приймаються у Парламенті, звітування перед Кабінетом Міністрів про окремі рішення	Обидва законопроекти мають позитивні аспекти стосовно структури управління, законопроект № 3370 передбачає більші групи та більшу кількість представників. Адекватна ефективна структура управління, що включає регіональних представників може бути створена шляхом поєднання елементів обох законопроектів
Прозорість прав, що надаються страхувальникам	Добре визначені групи, не регулюється початок та завершення строку дії страховки	Добре визначені групи, не регулюється початок та завершення строку дії страховки	Необхідне регулювання початку та завершення строку дії страховки
Прозорість визначення переліку послуг, які отримують застраховані особи	Рішенням Кабінету Міністрів на основі пропозиції МОЗ та Центру медичного страхування. Відсутність критеріїв для включення послуг у законопроекті	Щорічним рішенням Парламенту із щорічним ухваленням розміру внесків. Відсутність критеріїв для включення послуг у законопроекті	В обох законопроектах залишається відкритим питання про те, які послуги включати у страхову програму. Для того, щоб зробити процес прийняття рішень більш прозорим, слід включити у закон ряд критеріїв, а саме: "фактична обумовленість, ефективність, медична необхідність". Ці критерії сприятимуть вирішенню питання про те, які медичні послуги можуть бути включені до пакету, вартість якого покривається за рахунок обов'язкового медичного страхування
Укладання контрактів з надавачами послуг	Засновується на рівні акредитації. Не існує чіткого регулювання стосовно права страховика обирати серед існуючих пропозицій надавачів послуг тих, з якими буде укладено контракт	Більш детальне регулювання стосовно укладання контрактів. Не існує чіткого регулювання стосовно права страховика обирати серед існуючих пропозицій надавачів послуг тих, з якими буде укладено контракт	З метою уникнення подальших суперечок, закон має чітко визначати, чи надається страховику право вибору для укладання контракту серед існуючих пропозицій надавачів послуг
Принципи визначення вартості медичних послуг	Регулятивно не визначені	Методика, ухвалена Кабінетом Міністрів, визначення вартості – надавачами послуг. Регулятивно не визначено, які витрати необхідно включити	Принципи визначення вартості послуг повинні визначатись Законом. Крім того, характер витрат, що покриваються цією вартістю, має бути визначений законом. Закон має визначити, які саме витрати мають враховуватись при визначенні вартості медичних послуг. При цьому слід звернути увагу на те, що у світовій практиці витрати на освіту та наукові дослідження не покриваються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування (як це пропонується проектом закону № 3370). Джерела фінансування таких витрат мають визначатись окремо. Це дозволить уникнути непорозуміння між Міністерством охорони здоров'я, Фондом медичного страхування та Міністерством фінансів

КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАПРЯМКІВ ФІНАНСУВАННЯ ТА ПРОДУКТИВНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРАЇН ЄС

Еро Лінако, Заступник Керівника Проекту

1. Різні моделі - однакові принципи

В Європі з державної точки зору поширеним поглядом є той, що сфера охорони здоров'я є тим соціальним благом, на яке має право кожний член суспільства незалежно від його індивідуальної можливості заплатити за нього. В Європі витрати на сферу охорони здоров'я покриваються колективним фінансуванням та субсидіями. У межах цього спільного погляду існують дві основні моделі сфери охорони здоров'я. Перша - це модель загального обов'язкового соціального страхування, яка часто має назву "Німецької (або Бісмаркської) моделі". Друга модель є моделлю, що ґрунтується на оподаткуванні, і має назву "Скандинавської або Британської моделі". В обох моделях, однак, можна знайти і змішане додаткове забезпечення різного типу. Наприклад, в обох системах можуть існувати різні рівні додаткових, добровільних внесків. Шість країн ЄС використовують модель соціального страхування, яка поширена у центральній частині Європи. Модель, що базується на системі оподаткування, використовується у дев'яти країнах і поширена на периферії Європи.

Система охорони здоров'я, її управління та фінансування завжди є результатом взаємодії існуючих традицій, соціальних цінностей, медичних технологій та економічних обмежень суспільства, яке обслуговує дана система. Тому існуючі системи охорони здоров'я у країнах ЄС різняться. Кожна країна функціонує відповідно до власних традицій, і, відповідно, не існує

єдиної європейської системи охорони здоров'я. Незважаючи на всі розбіжності між системами охорони здоров'я усі уряди країн ЄС, конституційно зобов'язані піклуватися про здоров'я своїх громадян, і тому громадяни мають великі сподівання з цього приводу.

У розвитку системи охорони здоров'я всі європейські країни (на противагу США) використовували дуже схожі принципи. Ці принципи є такими:

- Єдине покриття населення завдяки їх обов'язковій участі;
- Всеосяжність основних переваг;
- Внески, що ґрунтуються переважно на надходженнях, аніж на індивідуальному страхуванні;
- Контроль за ціноутворенням завдяки адміністративному механізму, що включає наявність обов'язкового преїскуранту, глобального бюджету та обмеження інвестицій.

Через вище зазначені принципи європейська система охорони здоров'я витрачає багато громадських коштів, що веде до ситуації, коли додаткових громадських грошей для сфери охорони здоров'я починає не вистачати. Зараз уряди, місцеві органи влади, страхові компанії та пацієнти все більше цікавляться тим, як використовують свої ресурси системи охорони здоров'я і які результати вони мають. В той же час уряди ввели суворі фінансові регулювання. Основна тенденція у Європі - це обмежити збільшення і навіть зменшити рівень витрат у сфері охорони

АВСТРІЯ

Відповідальність в австрійській системі охорони здоров'я поділена між федеральними та дев'ятьма автономними місцевими органами влади. Цей розподіл визначається федеральною конституцією. Федеральні органи влади відповідають за базову законодавчу діяльність, що стосується сфери охорони здоров'я, але виконавчі врегулювання та їх запровадження знаходяться в руках місцевих органів влади. Федеральний уряд відповідає за процес реформування, з метою здійснення контролю над витратами, але з перевагою принципів рівного доступу для всіх і єдності у фінансуванні завдяки обов'язковому медичному страхуванню. Сутністю реформи є Австрійський план у сфері охорони здоров'я і введення лікарняної фінансової системи.

Лікарі, задіяні у приватних практиках, надають більшу частину первинної медичної допомоги за контрактами із страховими агентствами. Лікарні в основному знаходяться у приватній власності. Фінансування сфери охорони здоров'я базується на соціальному страхуванні та субсидується з оподаткування (12%). Регіональні медичні фонди отримують свої надходження з федеральних та регіональних податків, внесків громадського медичного страхування, які асигнуються за бюджетом на наступні три роки. Фонди можуть також фінансувати альтернативне медичне оснащення. Система соціального страхування є обов'язковою і охоплює майже кожного. 40% населення покриті додатковим приватним медичним страхуванням.

Первинна медична допомога є безкоштовною для 80% населення, а решта - оплачує її разом із страховиком або ж є звільненою через низький прибуток. Стаціонарне лікування оплачується із власної кишені і обмежується першими 28 днями. Спеціалізована допомога та приписані ліки включають як спільну оплату, так і спільне страхування.

Надавачі первинної медичної допомоги отримують свої прибутки з оплати послуг, що надаються. Вони не виконують шлюзової ролі. Одночасно з впровадженням системи фінансування, що пов'язана з продуктивністю (австрійська ДРТ), ціла система лікарняного фінансування була реформована. Зараз вони отримують кошти від власників та громадських регіональних фондів, одним в кожній з дев'яти провінцій. У деяких провінціях ці фонди надають громадські кошти лікарням, в той час як у інших лікарнях існує додаткове фінансування, що надається провінційними та місцевими урядами.

здоров'я. Цей розвиток є частиною загального процесу реструктуризації системи охорони здоров'я в усіх європейських країнах.

2. Де ми

2.1 Структури та процеси

Наприкінці 19 століття та у першій половині 20 століття, незважаючи на володіння медичним обладнанням, надавачі медичних послуг являли собою незалежні та ізольовані установи, які керувалися та фінансувалися державними чи благодійними організаціями. Навіть усередині лікарень існувала окрема та ізольована структура, яка, вірогідно, відображала страх перед інфекційними хворобами. Через брак ефективних ліків пацієнти та лікарні були відмежовані від суспільства та один від одного.

Після введення ефективних антибіотиків, система охорони здоров'я змінилася. Замість інфекційних хвороб та пацієнтів, які потребували невідкладного хірургічного втручання, лікарні все більше почали лікувати серцево-судинні хвороби, рак і вибірково хірургічних хворих. В той же час, принципи планування продуктивності сфери охорони здоров'я змінилися, коли була скопійована модель індустріального масового виробництва. Зростаючий розмір та розподіл праці впливав на розвиток у 20 ст.

Універсальні спеціалісти стали вузькими спеціалістами, які знали більше і потребували більш ускладнених приладів для діагностики та лікування. Цей розвиток призвів до скупчення ресурсів у великі об'єднання. Структура цієї системи була все більше функціонально та кількісно орієнтована. Як результат, спеціалізовані та ефективні послуги на початку були можливі для більшості громадян Європи. Постійно досягалися нові медичні перемоги у боротьбі з хворобами.

Нові медичні технології та методики призвели до

значного збільшення лікувальних можливостей і методів, які сприятливо впливають на пацієнтів. Ці методи призвели до збільшення кількості послуг, що потребувалися, але зменшили середню тривалість перебування пацієнтів у відділеннях невідкладної допомоги. Лікарняна продуктивність збільшилася, і ліжка у відділеннях невідкладної допомоги використовувалися більш інтенсивно: лікарні лікували все більше пацієнтів похилого віку, але за допомогою зростаючих у ціні технологій, обладнання, персоналу та ліків.

Функціональна спеціалізація та відповідне виділення частин, однак, викликали проблеми у спілкуванні. Виникла велика кількість суперечок стосовно того, що модель масового виробництва не відображала основні цінності усередині сфери охорони здоров'я, в якій базовою цінністю є орієнтація на пацієнта та допомога окремій особі. Цей тип допомоги надавався і все ще надається у невеличких, в основному місцевих, орієнтованих на громади, лікарнях з не завжди гарними технічними можливостями.

Сьогодні у більшій кількості європейських країн основна увага надається попередженню хвороб, освіті у сфері охорони здоров'я та рекламі здорового образу життя. Також, первинну та санітарну допомогу все більше розглядатимуть, як більш дійову та ефективну альтернативу деяким існуючим формам лікування у лікарнях. Однак, не можна казати, що лікування у лікарнях не потрібно. Воно буде лише по-іншому організоване та надане.

Результатом є тиск на зменшення кількості дорогих ліжок у відділеннях невідкладної допомоги лікарень і на використання альтернатив, наприклад, надання медичної допомоги вдома. Довгострокова допомога все більше надається вдома, а також у закладах санітарно-медичної та первинної допомоги

БЕЛЬГІЯ

Бельгійське федеральне міністерство контролює громадську систему охорони здоров'я та соціальне забезпечення, що включає і медичну допомогу. Первинна медична допомога надається приватними терапевтами, фармацевтами, дантистами та медсестрами. Як громадська, так і приватна первинна медична допомога часто надається вдома. Власниками лікарень є або приватні, або громадські організації. Більшість приватних лікарень, однак, є некомерційними. Громадські лікарні зазвичай належать місцевим органам влади (муніципалітетам).

Фінансування сфери охорони здоров'я базується на Законі про медичне страхування, який є частиною кодексу соціального забезпечення. Система медичного страхування фінансується завдяки внескам роботодавців та робітників (58%), а також завдяки субсидіям, що надаються федеральним урядом (42%). Кожний громадянин може і повинен вільно обирати власну страхову компанію серед шести, а страхова компанія потім відшкодовує витрати на лікування, спираючись на політику компанії. Компанії часто мають політичні та релігійні зв'язки.

Якщо пацієнт отримує першу допомогу, він має заплатити невеличку спільну оплату, а якщо отримує спеціалізовану допомогу, то оплачує її відповідно до встановлених тарифів. Ті, хто працюють не за наймом, без приватної страховки повинні платити повну вартість первинної допомоги. Федеральні субсидії покривають 80% лікарняного лікування вдів, непрацездатних, сиріт та пенсіонерів. На решту пацієнтів уряд відшкодовує 25% витрат, що ґрунтуються на погоджених денних цінах. Решту лікарняної допомоги та інші медичні послуги покривають страхові компанії. Фармацевтичні препарати, що є у списку, включають спільну оплату від 0 до 85%. Інші ліки не відшкодовуються.

Первинна допомога оплачується та відшкодовується медичною страховкою на основі оплати за надані послуги. Вони не виконують шлюзової ролі. Лікарні отримують субсидії для значних інвестицій, що ґрунтуються на запланованих принципах. Поточні прибутки, які вони отримують, ґрунтуються на ДРГ. Клініки при вищих навчальних закладах отримують додаткове 30% фінансування, що надається федеральним урядом.

(community and primary care settings). Таким чином багато маленьких лікарень невідкладної допомоги були передані до закладів санітарно-медичної допомоги. Деякі з них були навіть закриті.

Нова модель охорони здоров'я була скопійована з промисловості. Це відбулося не тому, що філософія виробництва у сфері охорони здоров'я нарешті наближається до індустріальної, а навпаки. Виробнича філософія виробництва та індустрії послуг сьогодні відображає ті ж принципи, які принаймні мають бути типовими і для сфери охорони здоров'я.

Що визначає розвиток різних індустрій сьогодні - це орієнтація на клієнта та якість. Замість масового виробництва виробники та надавачі послуг все більше намагаються прийняти до уваги індивідуальні потреби клієнта. Те ж саме роблять спеціалісти-медики зі своїми пацієнтами. Відповідно у сфері охорони здоров'я ми переходимо від орієнтації на кількість до орієнтації на якість. Замість структур та кількості ми зосереджуємося на процесах та якості допомоги. Контроль якості та механізми її покращення - аудит, сертифікація, управління загальною якістю та безперервне покращення якості - набувають все більшої ваги, коли грошей починає не вистачати. Ці інструменти якості відіграють значну роль під час реструктуризації та перетворення системи охорони здоров'я. Інтеграція до-

помоги і лікування навкруги пацієнта та його проблем посідає певне місце не лише у всій системі охорони здоров'я, але й усередині єдиної лікарні. Така модель називається моделлю "безшовної допомоги".

2.2 Витрати та фінансування

До кінця 1980 років фінансування лікарень у країнах ЄС зазвичай базувалося на глобальних і навіть на вільних бюджетах, успадкованих від структури та минулої історії системи охорони здоров'я. У більшості європейських країн надавачі медичних послуг діяли в умовах сурових бюджетних обмежень. Лікарняні бюджети були в основному історичними і заснованими на ресурсах, а таким чином негнучкими і додатковим. Витрати були поділені між фінансовими органами відповідно до кількості ліжко-днів та кількості амбулаторних хворих. Бюджети зазвичай ґрунтувалися на рівні лікарні, не існувало розподілу бюджетів між спеціальностями, а внутрішні витрати на послуги часто були невідомі. Лише у трьох країнах ЄС бюджети сприймалися як фінансові плани (у Сполученому Королівстві, Бельгії, Нідерландах). Однак, важливість бюджету як єдиного інструменту економічного управління зменшується у більшості країнах, членах ЄС.

Загальна кількість грошей, що витрачається на систему охорони здоров'я, не досліджувалася і витрати у сфері охорони здоров'я майже усіх європейських

НІДЕРЛАНДИ

Хоча голландська система охорони здоров'я вважається системою соціального забезпечення, насправді, вона являє собою суміш системи соціального забезпечення, легалізованого у 1964 році Законом щодо створення фондів проти хвороб, обов'язковим страхуванням проти хвороб усіх голландців з прибутками нижче певного рівня, а також національного медичного обслуговування, що було урегульоване у 1968 р. Актом виключних медичних витрат, що покриває усіх громадян Голландії.

Міністерство охорони здоров'я, соціального забезпечення та спорту відповідає за сферу охорони здоров'я та фінансовий контроль над ним. Воно має функцію регулювання планування, фінансування страхування, тарифів, цін та виплат. Уряд гарантує доступ, високу якість, доступність та ефективність сфери охорони здоров'я для усіх громадян.

Система охорони здоров'я перш за все забезпечується приватним чином. За виключенням восьми університетських лікарень, усі лікарні - приватні заклади. Обов'язкове медичне страхування відповідає за фінансування, а медичне страхування засноване на окремому законодавстві.

Робітники з прибутками, нижче певного рівня, мають обов'язкове соціальне страхове покриття - приблизно 60% населення Нідерландів. Існує приблизно 50 фондів страхування здоров'я, які організовані головним чином географічно. Рівень виплат однаковий (50/50) для робітників та роботодавців. Приватне, хоча і не обов'язкове, медичне страхування доступно на добровільній основі для заможних громадян, які не охоплені загальною програмою. Послуги, які не покриваються страховими схемами, можуть бути отримані завдяки додатковому приватному страхуванню. Виключний акт про медичні витрати є обов'язковим страхуванням, що надає невідкладну медичну допомогу незалежно від рівня прибутків.

Первинна допомога безкоштовна для всіх, хто застрахований державою, але особа, застрахована приватним чином, може звернутися до спільної оплати. Той самий принцип працює і у випадку стаціонарного лікування. Медикаменти мають рекомендовані ціни, а виключені ліки не мають покриття.

Кошти надавачів медичних послуг надходять з різних джерел. Приблизно 10% медичних послуг безпосередньо оплачуються з громадських фондів. Приблизно 80% витрат покриваються фондами медичного страхування і десь 9% внесками пацієнтів. Надавачі первинних послуг отримують прибутки на основі плати за обслуговування у випадку, коли пацієнт має більш високий рівень прибутку і у віці стягнення податку, у випадку більш низького прибутку, а також застрахований державою. Терапевти також виконують шлюзову функцію. Бюджети лікарень встановлюються урядом, що гарантує роботу у відповідності з цілями уряду, але ці бюджети вже відрегульовані на основі голландської системи ДРГ.

Інвестиції фінансуються прибутками, що отримані в результаті наданих послуг. Лікарні не отримують підтримки від місцевих або центральних органів влади. Лікарні можуть незалежно розпоряджатися більшою частиною інвестицій, однак, основна інвестиція має бути впроваджена відповідно до національного плану. Окремий дослідницький фонд для академічних лікарень входить до державного бюджету (приблизно 15%), але в інших лікарнях кошти, що виділяються на досліді, включаються у ціни.

країн збільшилися до початку 90-х років. Протягом загального економічного застою забезпечення та фінансування сфери охорони здоров'я незалежно від того, чи базувалося вона на соціальному страхуванні чи оподаткуванні, було детально досліджено. В результаті чого під сумнів були взяті основи та сам характер "держави загального добробуту", як основного джерела забезпечення сфери охорони здоров'я.

В усіх європейських країнах лікарні споживають більше ніж половину витрат у сфері охорони здоров'я. Доля варіює від 50% до 75%. Однак, визначення, функції та послуги лікарень не є однаковими, що ускладнює визначення справжнього значення цих розбіжностей. Наприклад, лікарняні бюджети у Бельгії, Люксембурзі та Франції (у приватних лікарнях) не включають зарплатню лікарів. У Швеції загальносоматичні лікарні лікують також пацієнтів, які потребують тривалого лікування.

Більше ніж 70% лікарень у Європі є власністю органів громадської влади, незалежно від того якою є фінансова модель. В усіх країнах, членах ЄС, центральний уряд фінансує лікарні, але домірність цього фінансування дуже варіює. Найнижча - біля 5% у Нідерландах і найбільша 100% в Об'єднаному Королівстві та Португалії. У всіх скандинавських країнах місцеві уряди оплачують лікарняні послуги, і для цього вони мають право збирати податки.

Сьогодні терапевти та терапевтичні відділення, принаймні у системах, що ґрунтуються на податках, все більше отримують свої прибутки, засновані на податковому податку або на змішанні елементів плати за по-

слуги та зарплатні. Також поширеною є фіксована зарплатня. Це означає, що надавачі медичних послуг отримують свою платню, яка ґрунтується на кількості людей, яких вони обслуговують. Часто зарплатня встановлюється відповідно до віку, статі та відомих розбіжностей у смертності населення, що охоплено обслуговуванням, тобто ті групи, які обслуговують населення з більшою потребою у послугах, отримують більші надходження від фінансового органу.

Традиційна модель фінансування повторюваних витрат лікарень, заснованих на бюджеті або лише на кількості ліжок-днів, стала непридатною. Натомість, фінансування залежно від складності хворого (випадку) застосовується у більшості країн ЄС. Незалежний покупець хоче знати, який вид послуг він отримує від надавачів. Відповідно економічна відповідальність та підзвітність зараз існують на рівні відділень, усі витрати підраховуються, а лікарнями все більше керують як фірмами.

Громадські та приватні лікарні все частіше укладають угоди з незалежними фінансовими органами, незалежно від того, чи базується їх фінансування на принципі оподаткування чи страхових внесків. Розподіл між покупцем та надавачем є поширеним також у країнах, де податки є основним джерелом надходжень лікарень. Цей розподіл повністю представлений у семи країнах ЄС, частково - у двох, і не існує у чотирьох. Очевидна мета цього розподілу полягає у використанні квазі-ринків з метою покращення ефективності.

У 13 країнах, членах ЄС, вже використовуються різні визначення послуг та груп послуг (наприклад, ДРГ)

НІМЕЧЧИНА

Сфера охорони здоров'я знаходиться під керівництвом федеральних земель, але федеральний центральний уряд має повноваження встановлювати юридично оформлені керівні принципи сфери охорони здоров'я. Більшість населення покрита Програмою обов'язкового соціального медичного страхування (88%), але на сьогодні більше ніж 7 мільйонів людей застраховані приватними страховиками. Існує біля 500 фондів медичного страхування, чий юридичний статус є таким - приватна некомерційна організація (суспільна корпорація). Вони організовані на основі діяльності, регіону або підприємця.

Справжнє надання допомоги відбувається завдяки оснащенню, яке належить місцевим органам влади або незалежними приватним неприбутковим (благодійним) або комерційним організаціям. Кожна земля може ввести власні закони фінансування сфери охорони здоров'я. Незалежні фонди медичного страхування покривають поточні витрати (приблизно 60% усіх витрат). Землі покривають витрати приблизно на 21%. Схема медичного страхування поділена на дві категорії. Схеми медичного страхування фінансуються рівним чином (50/50) роботодавцем та робітником (приблизно 14% чистої заробітної плати та платні). Той, чий прибуток вищий базового рівня, може вибрати і приєднатися до однієї з 17 приватних схем.

Для пацієнтів первинна допомога є безкоштовною. Стаціонарні хворі повинні оплатити спільний внесок за проживання до 14 днів на рік. Після чого в них немає ніякого обов'язку платити з своєї кишені. Ліки, що входять у затверджений список, сплачуються спільно відповідно до рекомендованих цін. Таке покриття не діє для ліків, що не входять до затвердженого списку.

Лікування амбулаторного хворого забезпечується у кабінетах лікарів на підставі платежів з обслуговування із страхових фондів. Приватні амбулаторні лікарі можуть навіть конкурувати за пацієнтів із лікарнями. Лікарні фінансуються спільно з державною субсидією на інвестиції (7%), а також встановленими законом і приватними джерелами медичного страхування (93%), що засноване на гнучкому бюджеті. Традиційна система поденної плати змінена на систему ДРГ, і з початку 2007 року усі лікарні почнуть використовувати систему ДРГ. Зараз вже більше ніж 50% лікарень використовують її.

Відповідальність за планування та фінансування основних інвестиційних затрат лежить на громадському органі управління, який на державному рівні схвалює інвестиційні проекти відповідно до плану. Університетські лікарні отримуються додаткові 20% з державного бюджету для покриття високих витрат у зв'язку з навчальною та дослідною діяльністю.

для встановлення, фінансування і опису послуг, які надаються. Розмаїття визначень значне. Варіант ДРГ, що використовується у США, використовуються у скандинавських країнах, Німеччині, Франції, Португалії, Бельгії, Іспанії та Ірландії. Подібні системи, які базуються на національному розвитку, використовуються або знаходяться у стадії впровадження в Об'єднаному Королівстві (HRG (Health Related Groups), Австрії та Нідерландах.

Групування відносно типу плати за надані послуги амбулаторному пацієнту використовується у приватних поліклініках та лікарнях декількох країн, членах ЄС. Однак, визначення цих послуг стає все більш важливим, коли збільшуються різні форми денної госпіталізації. Деякі країни все ще використовують більш традиційні інструменти ціноутворення, такі як кількість амбулаторних хворих.

Центральний уряд, регіональні та місцеві органи влади чи медичні страховики все ще регулюють інвестиційні витрати на сферу охорони здоров'я у більшості країн ЄС. Урядові субсидії можуть бути можливими тільки для певних нових основних інвестицій, які в основному базуються на національних або регіональних планах, і які лікарні мають виправдати у бізнес-плані. Однак, другорядні капітальні витрати все більше включаються у ціни за послуги. Лише в Нідерландах уряд не регулює лікарняні інвестиції.

Розвиток персоналу жорстко регулюється кількісно, структурно, відповідно витрат на зарплату у бюджетах більшості країн, членів ЄС. Цей принцип застосовується незалежно від форми фінансування чи власності надавачів медичних послуг. Мотивація жорсткого регулювання, очевидно, є бажанням контролювати загальні громадські витрати на охорону здоров'я і, особливо, лікарняні послуги, роблячи лікарняне фінансування інструментом управління державною фінансово-бюджетною політикою.

Навчання та дослідна робота загалом вважаються важливою інвестицією у людський капітал, що впроваджується самою системою охорони здоров'я. Таким чином, фінансовим органам слід фінансувати їх окремо. Неможливо вкласти їх у ціни за послуги без порушень можливості університетських лікарень конкурувати з іншими надавачами медичних послуг. У деяких країнах фінансування навчання та дослідної роботи базується на показниках, які описують результати навчання та дослідної роботи. Більшою частиною, виділення коштів на навчання та дослідну роботу є лише окремими напрямком в урядовому бюджеті, або, прямо включено у глобальні бюджети.

Незважаючи на те, що приватні внески (прямі "із власної кишені" або спів-оплата, а також приватні схеми медичного страхування) все ще пояснюють відносно невелику долю лікарняних надходжень, їхня доля

ФРАНЦІЯ

Постачання та фінансування сфери охорони здоров'я основані на Регіональних планах сфери охорони здоров'я. Фонди медичного страхування, за законом, є приватними організаціями, що мають надавати громадські послуги, але через те, що вони контролюються урядом, вони, насправді, є неурядовими квазі-громадськими організаціями. Громадські лікарні є незалежними закладами, але місцеві органи влади контролюють їх. Ними керують професійні адміністратори, а не лікарі. Лікарняна допомога доступна у громадських некомерційних та приватних комерційних лікарнях. Вибір лікаря або лікарні залежить від індивідуальних переваг пацієнта, і пацієнти можуть відвідувати терапевтів або спеціалістів як в рамках приватної, так і громадської системи. Амбулаторне лікування в основному надається у кабінетах лікарів або іноді вдома у пацієнтів.

Законодавство з медичного страхування та медичного фінансування є частиною схеми соціального забезпечення, які отримують асигновані ресурси від обов'язкових внесків від застрахованих осіб та їх роботодавців. Для робітника рівень внесків досить високий (19.4%). Існує шість різних медичних фондів, які фінансують близько 70% усієї системи охорони здоров'я. Фонди в основному організовані відповідно до професійних груп. Бюджет національного соціального забезпечення для громадських лікарень затверджується Парламентом. Розподіл фондів між лікарнями проводять регіональні лікарняні агентства.

Пацієнт спочатку сплачує всю суму за амбулаторне лікування, яка відшкодовується страховим фондом (а також часто додатковим страхуванням). У лікарнях пацієнту не потрібно оплачувати лікування, але він має оплатити невелику встановлену денну плату за розміщення та їжу. Через 30 днів він вже не платить із власної кишені за лікарняні послуги. У приватних лікарнях, які беруть участь у програмах надання медичної допомоги, деякі суми за лікування додається до оплати. Випи-сані медикаменти оплачуються разом із страхувальником, але за медикаменти, що відпускаються без рецепту, пацієнт повинен заплатити сам.

Плата за медичну допомогу варіює відповідно до характеру наданих послуг та їх надавача. У 1996 році Соціальне забезпечення (система національного медичного страхування) профінансувала 74% усього обсягу медичної допомоги, додаткове приватне страхування - 12%, і пацієнти - 14%. Прибутки приватних терапевтів основані на системі плати за надані послуги, а в громадських медичних центрах - на зарплаті. Терапевти не мають шлюзової ролі. З 2004 року усі лікарні отримують свій прибуток відповідно до виду наданих послуг (GHM, французька версія DRG).

Інвестиції є предметом регіонального схвалення. Джерелами інвестицій є і державні субсидії, і виплати фондів медичного страхування. Цей тип фінансування, однак, щезає, і інвестиції фінансуються з внутрішніх джерел. Громадські лікарні можуть використовувати інвестиції незалежно, якщо вони отримують кошти з внутрішніх джерел, у зворотному випадку - відповідно до плану Міністерства. Додаткові кошти для університетських клінік складають 20% від річних поточних витрат.

зараз збільшується. Найбільша цифра зустрічається у Фінляндії, Франції і Італії, де плата пацієнтів покриває біля 8 - 10% надходжень надавача, в той час як середній рівень в ЄС складає приблизно 3 - 4 %. Пацієнти все ще не платять за медичні послуги в Об'єднаному Королівстві, Данії та Іспанії.

Через обмежену доступність громадського фінансування приватні фінансові ініціативи усередині громадського сектору, більш жорсткий контроль за лікарняними повторюваними та інвестиційними витратами, і бюджетною ефективністю стануть навіть більш значними у майбутньому.

3. Куди ми прямуємо

Усередині систем охорони здоров'я стратегічне планування є довгим. Очевидно, що не дуже просто відповісти на питання, куди прийдуть європейські системи охорони здоров'я у наступні 20 років. Постійна недовстача бюджетних коштів, обмеження у персоналі, медичних та ІТ технологіях будуть основними факторами майбутньої зміни. Очевидно, зміна буде поступового нарощування, а не революційною. Основою цього бачення є екстенсивне використання інформаційних технологій і результатів нових біохімічних та клінічних досліджень. Інформаційні технології, засоби мультимедія, штучний інтелект, теле-медицина, робототехніка разом із новими медичними інноваціями запропонують нові рішення. Знову ж таки існуючі нові технології, можливо, змінять структуру та функції надавачів медичних послуг більш радикально, ніж будь-коли раніше.

Фактори, що стоять за цим баченням, є як внутрішніми, так і зовнішніми. По-перше, технологія вже існує. По-друге, сфера охорони здоров'я є інформаційно та технологічно насиченою, базується на документації, образах, результатах тестів і консультаціях. Однак, первинна допомога пацієнтам буде місцевою та чутливою. Нова технологія допоможе нам об'єднати ці дві несумісні цілі. Відповідно, нова технологія підтримує лише існуючі базові парадигми догляду за хворим та лікування. По-третє, нова модель буде також дешевшою, через все більш ефективне використання людських ресурсів. І нарешті, вона буде більш орієнтована на якість.

Буде продовжувати існувати напруга між двома напрямками: напрямком децентралізації, що полягає у покращенні доступу до медичних послуг, та напрямком зосередження лікування у "центрах високої якості". Розв'язкою цієї напруги може стати остаточне зникнення невеликих спеціалізованих лікарень. Спеціалізована допомога буде зосереджена у великих лікарнях, тому що маленькі спеціалізовані одиниці мають один чи два напрямки послуг (денна хірургія). Районні невеличкі лікарні будуть існувати, але надаватимуть одну базову допомогу.

Що стосується форми власності громадських лікарень, то лікарні, що знаходилися у власності централь-

них чи місцевих органів влади, будуть переходити до регіональних органів, таких як лікарняні трасти, лікарняні райони чи окружні ради, або до приватних власників. Відносний відсоток існуючого переважаючого громадського постачання лікарняних послуг очевидно зменшується, але одночасно приватні лікарні шукають вигод із об'єднання та злиття, коли засновують приватні лікарняні консорціуми.

Ясно, що стара централізована, в цілому бюрократична модель спеціалізованої медичної допомоги, скопійованої з промисловості та громадського управління 20 - 30-х років, щезає. Принаймні, традиційні багатоцільові лікарні можуть щезнути, і лікарні стають за своєю природою "розумовими" (mental) чи просто віртуальними (virtual). Отже, у майбутньому, будівлі, ліжка, ієрархічні структури та престиж, заснований на розмірі установи, вже не будуть релевантними або важливими рисами системи охорони здоров'я.

Що стосується лікарняних неклінічних і навіть деяких клінічних послуг, то простежується зростаюча тенденція в сторону укладання договорів із зовнішніми фірмами на надання послуг і побудови мереж. Нові лікарняні консорціуми є часто географічними монополіями. Окремі платники стикаються з окремими надавачами, що посилює використання існуючих моделей конкуренції між лікарнями.

Висококваліфіковані медробітники пропонують вирішення проблем пацієнтів. Кваліфікація, знання медичних робітників, а також те, як вони найкраще використовують свої навички на користь пацієнтів, будуть найосновнішими рисами майбутньої системи охорони здоров'я, що вимагатиме постійних інвестицій у навчання та досліди.

Більшу частину пацієнтів доглядатимуть і лікуватимуть біля їх домівок або навіть вдома. Це підтверджує фізичний розподіл трьох основних елементів лікування - діагностики, лікування та догляду. Вони надаватимуться окремо в різних місцях, але координовано лікарями, які виступатимуть агентами пацієнтів. Наприклад, малі клінічні лабораторії, очевидно, щезнуть, і лабораторна діагностика буде проводитися у великих високоавтоматизованих об'єднаннях, що шукатимуть навіть міжнародних ринків. Зображення будуть братися на місцях, зберігатимуться регіонально в електронних сховищах та, мабуть, читатимуться глобально.

Лікарні пристосують матричний тип організації, де догляд за пацієнтом розглядається як проект, і таким чином, керуватимуть їм як проектом. Послуги будуть інтегровані в організації за сферами послуг. Інтегровані, спільні мережі постачання послуг є більш важливим, ніж окремі лікарні. Можливо, щезнуть чи принаймні зменшаться і різкі розбіжності між медичними професіями. Командна робота і виробничі осередки навкруги проблеми пацієнтів стануть найважливішими факторами догляду та лікування.

Процеси надання послуг в рамках медичного догляду будуть організовані так, що усі види витрат ресурсів будуть мінімізовані. Будуть існувати спеціалізовані угруповання консультантів, які ділитимуться своїм досвідом та порадами з іншими лікарями через телекомунікаційні мережі (телемедицина). Ця нова діяльність може мати міжнародний характер. Інформація буде широко поширюватися, а пацієнти та фахівці мінімально. Зростаюча кількість спеціалізованих медичних послуг надаватиметься на ринках. Визначені та оцінені послуги продаватимуться різноманітними спеціальними агентами у межах системи охорони здоров'я. Структури постачання є, принаймні, регіональними, але, очевидно і те, що деякі послуги та концепти (напрямки догляду) продаватимуться і на міжнародному ринку.

4. Витрати та фінансування

Через те, що охорона здоров'я є капіталомісткою галуззю економіки, очевидно, що загальні витрати зростатимуть у майбутньому. Якщо ще можливо досягнути певного збільшення продуктивності у сфері лікування, то такого результату складно та й навіть неможливо отримати у сфері допомоги, особливо довгострокової допомоги. Ця сфера охорони здоров'я буде збільшуватися порівняно швидко завдяки швидко старіючому населенню.

Що стосується систем, заснованих на страхуванні, ніщо не вказує на значні рухи в сторону системи, заснованої на оподаткуванні, окрім як в Іспанії, де перевага обов'язкового громадського страхування зменшується, а елемент державного оподаткування збільшується. Інакша ситуація у таких країнах як Бельгія, Франція, Німеччина та Нідерланди, де в майбутньому можливо встановити певні врегулювання між обов'язковими громадськими, обов'язковими приватними та добровільними приватними внесками. Лише Греція показала, що особисті, "з кишені", внески за лікарняний догляд, напевно, збільшаться.

У країнах, що характеризуються системою, заснованою на оподаткуванні, можливий загальний рух у сторону збільшення долі страхових внесків, будь то обов'язкові громадські (наприклад, Греція) чи добровільні особисті (наприклад, Фінляндія, Ірландія, Португалія, Об'єднане Королівство). Можливо, виникнуть можливості та бажання переключитися на страхові внески, збільшену спів-оплату та плату з пацієнтів. Це зменшить тягар громадського фінансування, і відповідно збільшить його у пацієнтів.

Так як кількість людей похилого віку значно збільшуватиметься у наступних декадах, можна очікувати окрім фінансових проблем, пов'язаних з виплатами по віку, ще й проблем, що стосуватимуться витрат, пов'язаних з медичним доглядом.

5. Висновок

На сьогодні існує багато розбіжностей усередині та між самими системами охорони здоров'я країн, членів ЄС. І справою окремих урядів залишається шукати різних вирішень проблеми. Однак, існує декілька нових технологій, які можна використовувати для вирішення проблем у сфері охорони здоров'я. Це буде не

просто. Існуючі структури і погляди важко змінити, тому що це викличе виправданий страх, що існуючий стан речей зміниться на гірше. Цей страх необхідно подолати, для того щоб знайти шляхи покращення медичних послуг у майбутньому.

Також Європейська Комісія виявляє зростаючий інтерес у тому, щоб проявити ініціативу у визначенні загальної схеми порівняння функціонування сфер охорони здоров'я у країнах ЄС. Що стосується ЄС, то політичні міркування, практичні врегулювання, рішення Європейського суду можуть окреслити допоміжний принцип та зблизити системи охорони здоров'я країн ЄС у майбутньому.

У світі, де очікування пацієнта швидко зростають, а люди все більше шукають медичних послуг, які б пропонували більший особистий вибір медичних послуг, неможливо задовольнити усі ці додаткові вимоги лише завдяки громадському фінансуванню. Через це для будь якого уряду процес контролю за розвитком системи охорони здоров'я стає делікатною та політично складною справою. Інша складність полягає й в тому, що сфера охорони здоров'я складається з величезної кількості зацікавлених сторін, які хочуть, щоб процес розвитку йшов тим шляхом, який бачать вони (медичні установи, різноманітні професії, уряди, страховики, пов'язані із сферою охорони здоров'я промисловості, окремі особи та групи тиску).

Виникла невідповідність між придатністю громадського фінансування та потенціалом для послуг, що мають позитивні результати. У системах, що ґрунтуються на страхуванні, навряд чи виникне значний зсув у методах та принципах фінансування. Стан у системах, що ґрунтуються на оподаткуванні, інший у тому плані, що там існують можливості для переходу до страхових внесків, з яких приватні обов'язкові або добровільні внески можуть зайняти все більш зростаючу долю. Таким чином зменшиться тягар уряду, але відповідно, і збільшиться тягар громадян. Отже, існує потреба у точному визначенні групи медичних товарів та послуг, які будуть вважатися виключно соціальним товаром, доступність якого буде гарантована кожному в Європі. Однак, розподільна етика для сфери охорони здоров'я зазвичай вважається надто делікатною темою для відкритих дискусій на політичній арені.

Очевидно, що базовий пакет послуг буде надаватися усім громадянам Європи за рахунок громадських коштів, але деякі послуги, які зараз надаються у рамках громадської системи, можуть перейти у приватний сектор. Складне і безкінечне завдання політиків буде полягати у визначенні послуг, що мають залишитися у цьому базовому пакеті послуг. В той же час уряди матимуть труднощі у підтримці контролю за загальними витратами сфери охорони здоров'я через зростаючу приватну активність у виробництві та фінансуванні. Уряди можуть лише контролювати долю громадських коштів. В кінці кінців, збільшення приватного фінансування підірве саму ідею солідарності через порочне коло вдалих зростаючих у приватному фінансуванні та зменшень у громадському фінансуванні.