

Секція 7: Міжнародна економіка

ДАНИЛЯК ЛІДІЯ ЯРОСЛАВІВНА

асистент кафедри обліку і аудиту

факультету управління фінансами та бізнесу

Львівський національний університет ім. Івана Франка

м. Львів. Україна

ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИВАТНОЇ І ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЦИНИ: МЕХАНІЗМ ФІНАНСУВАННЯ

В багатьох країнах світу, в тому числі Європи, реалізується державна система охорони здоров'я, яка фінансується шляхом страхового фонду, джерела фінансування якого у кожному випадку різні. Звичайно, передовий досвід все частіше має змішаний вигляд, адже потребує різних джерел фінансування. Страхова медицина залишається формою багатого суспільства та держави в цілому. В бідному суспільстві страхову медицину збудувати неможливо, а отже, реформування системи охорони здоров'я на пряму пов'язане із затвердженням загальних принципів реформування економіки [2]. Залежно від того, які етапи міститиме реформа економіки, такі перехідні положення повинна містити реформа охорони здоров'я України, але для того, щоб не допускати помилок, необхідно враховувати закордонний досвід розвинутих країн світу.

Про шлях реформування та розвитку приватної медицини в Польщі можна стверджувати, що найбільшою зміною в системі охорони здоров'я є формування нових механізмів фінансування медичної галузі. На сучасному етапі громадяни Польщі ще не до кінця зрозуміли той факт, що бюджет охорони здоров'я перестав бути державним. Зазвичай суспільство скаржиться на те, як працює система охорони здоров'я, але водночас вже відбулася часткова адаптація до змін, впроваджених протягом останніх десятиліть. Зараз система побудована таким чином, що 9% заробітної плати автоматично відраховуються на забезпечення системи охорони здоров'я. При цьому держава не може перерозподілити ці кошти ні на якісь інші галузі. Це робить бюджет

системи охорони здоров'я вільним від будь-яких політичних чи економічних зрушень та забезпечує його стабільність і можливість подальшого чіткого планування видатків. Управління цими коштами здійснюється Національним фондом здоров'я (National Health Fund).

У Польщі система надання медичної допомоги працює так: функціонують заклади з надання первинної допомоги – загальної лікарської, спеціалізовані амбулаторії та стаціонари. Первинна допомога надається за такою схемою: лікар-терапевт має свою стабільну кількість пацієнтів, наприклад 4 тис., на лікування яких він щомісяця отримує певний пул коштів. Спеціалізована допомога, наприклад кардіологічна, фінансується за фактом виконаних робіт. Коли терапевт направляє пацієнта до кардіолога, кошти на оплату послуг лікаря нараховуються окремо за весь звітний період. І нарешті, видатки на забезпечення медичної допомоги на госпітальному рівні розраховуються за принципом окремого розрахунку вартості кожної процедури/маніпуляції. Така система, безперечно, має свої недоліки. Лікарю загальної практики з міркувань матеріального характеру вигідно направляти своїх пацієнтів до вузьких спеціалістів, але кількість їх консультацій лімітована Фондом, який здійснює оплати цих консультацій. Коли цей ліміт вичерпується, пацієнта направляють до медичного закладу, що в результаті обходиться дорожче для бюджету. Державна та приватна медицина в Польщі завжди співіснували і співіснуюватимуть разом. Це необхідно системі охорони здоров'я і цьому сприяє багато факторів. Одним з них є постійний стрімкий розвиток технологій і зростання очікувань людей від медицини. Наразі немає сенсу та можливості в державних інвестуваннях у розвиток усіх галузей медицини. З цим може впоратись і приватний сектор. Потужні заклади галузі надають медичну допомогу такого масштабного і складного рівня, який ніколи не зможе забезпечити приватна медицина, оскільки це буде нерентабельно. Це може бути виконано лише за фінансової підтримки бюджету Фонду. Така система співіснування не є новою, а головним питанням є регулювання співвідношення часток державного та приватного медичного сектору, дотримання правил

і високих стандартів, які забезпечували б якість та ефективність надаваних послуг.

На сьогодні частка державного сектору медицини становить 70%, а приватного – 30%. Але джерела фінансування та структура постачання медичних послуг пацієнтам не є однорідними. Деякі види медичних послуг є стовідсотково приватними, наприклад стоматологічні. А функціонування таких великих медичних закладів, як шпиталі, на 90% забезпечується державою. Знову ж таки, це пояснюється тим, що надання високоспеціалізованих послуг є раціональним лише у великих лікарняних закладах. Відкриття і утримання такого закладу в приватному порядку не є рентабельним. Чим простіший рівень надаваних послуг, тим дешевше та практичніше впроваджувати їх у приватному секторі.

Такий умовний розподіл сфер функціонування зумовлює той факт, що конкуренція між приватними та державними закладами існує лише на рівні малоінвазивних методик, простих процедур, поміж дрібних структур. Стосовно прозорості конкурентного співіснування – тут все вкладається в певну схему. Національний фонд охорони здоров'я, який є розпорядником отриманих від податків коштів, може укласти контракт з медичним закладом. Фонд має певний перелік оціночних критеріїв. Якщо заклад, який бажає стати підрядником Фонду, відповідає цим критеріям, його заносять у базу з присвоєнням певного номера. Таких закладів може бути багато в певному медичному секторі, наприклад у наданні кардіологічної допомоги. Після складання повного списку закладів-претендентів розпочинається тендер на замовлення послуг. Але суть полягає у тому, що вибраний заклад може бути як державним, так і приватним, все залежить від співвідношення ціна/якість. Таким чином, якщо заклад відповідає всім критеріям, має відповідне обладнання та надає якісну допомогу, немає різниці, чи він приватний чи державний – люди довірятимуть йому і звертатимуться за допомогою.

Не останню роль відіграє факт одночасної праці лікарів у державних та приватних медичних структурах. Це досить поширене явище в Польщі, адже

більшість лікарів працюють одночасно в декількох закладах. Так, лікар працює в державному закладі до 14:00, а ввечері – у приватному офісі. Таким чином, різниця в якості надаваної медичної допомоги між державними та приватними закладами охорони здоров'я полягає не у кваліфікаційному рівні лікарів, а в наявному обладнанні, зовнішньому вигляді та рівні сервісу в закладах. Однією з проблем, з якими зіштовхнувся уряд Польщі при впровадженні такої системи пару років тому, стала невідповідність державних лікарень установленим критеріям, внаслідок чого лікарні втратили контракти. Це викликало багато дискусій, оскільки за ними стояли місцеві органи влади, які зазнали втрат.

Стосовно подальших перспектив розвитку приватної медицини в Польщі, частка приватного сектору надалі зростатиме. Питання лише в тому, який відсоток він буде становити. Це безпосередньо залежить від економічної ситуації в країні. Проте приватний сектор все одно надалі розвиватиметься, оскільки існує багато спеціалізованих видів медичної допомоги, які знаходяться в занедбаному стані. Наприклад, наразі в Польщі склалася досить складна ситуація щодо онкологічної служби порівняно із західними країнами. Основною проблемою є те, що в більшості випадків захворювання виявляється на пізніх стадіях. Коли йдеться про онкологічного пацієнта, лікарі завжди повинні концентруватися на часі. Оскільки він відіграє вирішальну роль у вирішенні питання щодо одужання і тривалості життя, адже необхідно максимально скоротити проміжок часу між виявленням хвороби та початком її лікування.

На жаль, у Польщі велику проблему становить саме пізня діагностика онкологічних захворювань. Це зумовлено недосконалістю скринінгових програм з профілактики та діагностики, які не в змозі охопити всю популяцію. Часто допускають діагностичні помилки й самі лікарі. Все це призводить до того, що рак виявляється вже на інкурабельних стадіях, коли променеву та хіміотерапію можна проводити лише як паліативну допомогу для подовження життя, а не повного одужання пацієнта. Наприклад, у Великобританії рак

зазвичай виявляють на ранніх стадіях, тоді ж призначається лікування, після якого люди живуть повноцінним життям. Тому в Польщі онкологія є тією галуззю медицини, яка завжди потребуватиме інвестицій у розвиток. А значить, завжди заслуговуватиме на підвищену увагу приватного сектору.

Вивчаючи досвід Канади щодо організації та розвитку приватної медицини, важливо розрізнити певні концепції: власність (існують різні типи та рівні приватної та громадської власності); фінансування медичної допомоги; та природа страхування (приватне страхування, державні програми, соціальне страхування). Лікарі у багатьох європейських країнах мають приватну практику, існують приватні заклади, що надають медичні послуги – наприклад, діагностичні лабораторії; однак уряди і підмандатні уряду соціальні фонди фінансують 70–90% усього медичного догляду. Приватне страхування відіграє незначну роль, і безпосередні витрати пацієнта – відносно невеликі.

У США переважає система приватного страхування, яка передбачає приватне надання послуг та фінансування. У Великобританії, навпаки, надання послуг та фінансування відбувається на державних засадах. У Канаді надання послуг приватне, але фінансується за рахунок державних програм медичного догляду. Таким чином медицина в Канаді не є соціалізованою – існує система державного фінансування лікарень та медичних послуг, які надаються приватно - «Medicare». Лікарні в Канаді – це неприбуткові корпорації, які самі керують своїми справами, хоча за законом зобов'язані надавати звітні документи державним регуляторним установам, а їхні співробітники не є державними службовцями.

Цікавим є порівняння ситуації стосовно фінансування медичної галузі. Так, за станом останніх років, у Канаді частка населення, яке вважає здоров'я своєю головною турботою (що випереджає інші проблеми, такі як фінансові, житлові негаразди та злочинність), становить близько 30%, в Україні – понад 50%. Водночас витрати на охорону здоров'я Канади на той період становлять 10,3% ВВП, а України – значно менше. Стосовно структури приватних та державних витрат на медичні послуги, частка державного фінансування

в Канаді становить 71%, а приватного – 29%. З них оплата лікарських послуг, стаціонарне лікування та інші капітальні витрати майже 100 % забезпечуються за рахунок державних коштів. Приватну частину витрат загалом становлять послуги інших фахівців, окрім лікарів, та купівля медичних препаратів. У країнах, де переважає приватний медичний сектор, і урядовий вплив на нього обмежений чи погано структурований, система охорони здоров'я працює не найкращим чином, доступність до медичних послуг для малозабезпечених чи соціально незахищених верств населення низька, а контроль за ростом цін у сфері охорони здоров'я – недостатній [1, с. 16-17].

Україна має реальні шанси на успішне реформування системи охорони здоров'я, завдяки якому буде досягнуто продуктивної співпраці державного та приватного сектору, але на це потрібно дві речі: експертне знання про те, які провести реформи і сильна політична воля, а також державі потрібно звернути увагу на потреби приватного сектора та створити адекватний, прозорий і гнучкий механізм підтримки.

Високорозвинені країни Європи засвоїли простий, але важливий урок: безкоштовної медицини не існує. По суті, медицина не тільки не є безкоштовною, але й стрімке зростання витрат на неї, що значно додає проблем до бюджетів європейських країн, робить охорону здоров'я справді коштовною річчю.

Література:

1. А. Городецька. Приватна і державна медицина в Україні в умовах реформування: симбіоз замість конкуренції? / А. Городецька // Український медичний часопис № 5 (85). – 2011. С.128.

2. Реформа приватної і державної медицини: український досвід на прикладі центру онкології кібер клінік: [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://oncoportal.net/forum/threads/2146/>