

ФОРМАЛІЗАЦІЯ ПЛАТНОЇ МЕДИЦИНИ І СТРАХУВАННЯ

Стаття є продовженням дискусій науковців про підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я і впровадження медичного страхування в Україні. Обґрунтовані переваги і вади формалізації платної медицини в процесі реформ, а також варіант її поєднання із медичним страхуванням.

Ключові слова: медичне страхування, ринок платних медичних послуг, витрати на охорону здоров'я
kamtm@ukr.net

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Одне з дискусійних питань реформування охорони здоров'я України стосується шляхів підвищення його медичної та соціально-економічної ефективності. В умовах вельми обмежених ресурсів вперше за багато років розглядається, як варіант, поєднання платної медицини в рамках державного сектору, а потім і приватної медицини, з медичним страхуванням. Однак продаж лікарень одразу у приватні руки, без медичного страхування, суперечить ст.49 Конституції України і малоймовірно з точки зору інвестиційної привабливості. Крім всіх інших складових негативного відношення інвесторів до ситуації в Україні, медичні послуги надаються в значній мірі на тіньовій основі. Фактично сьогодні саме неформальні платежі пацієнтів лікарям є домінуючим джерелом фінансування охорони здоров'я. Структурні реформи не проведені, зношеність основних фондів у галузі дуже велика. Але в майбутньому залучення приватних інвесторів цілком можливе. Тому аналіз платної державної або приватної медицини є дуже актуальним.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ.

В той же час серед вітчизняних наукових публікацій переважає тематика впровадження соціального обов'язкового медичного страхування. До реформ, які почалися у 2014 -2015 рр. це було цілком логічно. Як орієнтир, розглядалась модель страхування у низці постсоціалістичних європейських країн та Російській Федерації. Проте акцент робився на соціальному критерії, а питання ефективності використання фінансових ресурсів охорони здоров'я залишався другорядним.

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Мало хто аналізував переваги і мінуси соціального медичного страхування в умовах поширеної тіньової економіки, витрати на побудови цієї системи та наслідки її впливу на якість надання медичних послуг. Зараз, коли на макрорівні проголошуються реформи, спрямовані на скорочення бюджетного дефіциту, тіньових схем, непрозорих фінансових потоків, з'являється потреба у нових підходах до аналізу вітчизняної охорони здоров'я.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ

При цьому, щоб не допустити гіршу модель, ніж маємо зараз в Україні, слід проаналізувати переваги і вади платної медицини, а також варіант її поєднання із медичним страхуванням.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Звернемося до закордонного досвіду. Прямий рух грошових коштів від пацієнтів до лікаря у вигляді безпосередніх платежів переважає у багатьох країнах наздогоняючого розвитку. Вони є ближчими до нас, ніж розвинені країни, з точки зору показника частки витрат на охорону здоров'я у ВВП. У 2012 р. в Україні він дорівнював десь 3, 7 % ВВП, а, наприклад, у Монголії, Китаю, Сінгапурі, Філіппінах, Індії, Малайзії, Бангладеш – відповідно 6,3; 5,4; 4,7; 4,6; 4,0; 3,9; 3,6 % ВВП [4]. Проте навряд чи ці азійські країни можуть бути для нас прикладом, бо їм не притаманна соціальна держава, а платна медицина є водночас приватною. Бюджетний сектор охорони здоров'я там невеликий, медичне страхування мало розвинене. Очікувана тривалість життя становить лише у Сінгапурі 81,3 роки, а в багатьох країнах – від 62,1 років у Камбоджі до 74,6 – у Шрі Ланка [4]. Тривалий період безпосередньою метою їх розвитку було стійке економічне зростання як таке, а не якість життя громадян, а також пріоритет державних інвестицій на накопичення, а не на споживання і людський розвиток. Україна має витоки дуже соціалізованої патерналістської охорони здоров'я за моделлю М.Семашка, а зараз обирає європейський вектор розвитку, тобто інституційно їй ближче виконання конституційних принципів соціальної держави. Тому платна медицина в рамках держсектору можлива лише у зв'язку з відшкодуванням пацієнтам переважної частки вартості лікування за допомогою страхування.

Певну схожість до цієї моделі ми спостерігаємо в країнах, де працює приватний ринок медичних послуг, а саме в США, Швейцарії, Австралії. Серед країн ближнього зарубіжжя до цієї групи наближуються також Азербайджан і Грузія. Приватна медицина має суттєві вади не тільки тому, що відсікає незаможних громадян, а й провокує неухильне зростання витрат на охорону здоров'я, часто непродуктивних. За даними ОЕСР, у 2012 р. вони становили у США і Швейцарії відповідно 16,9 і 11,4 % ВВП, що значно вище, ніж в інших країнах. Наприклад, в Естонії, Польщі, Люксембурзі, Чехії, Фінляндії, Норвегії, Швеції, цей показник дорівнював у цей рік відповідно 5,9; 6,8; 7,1; 7,5, 9,1; 9,3; 9,6; [4]. Часто досягнення США в обсягах фінансування медицини справедливо розглядається як приклад для наслідування. Принаймні, воно відображає зацікавленість держави і суспільства у вкладенні в людський капітал – основу сучасної постіндустріальної економіки. Для України це поки що здається фантастикою. Але ми маємо зрозуміти таку річ: попри сподівання високі витрати на медичні послуги часто призводять просто до грошових втрат. Навряд чи ми можемо це собі дозволити, адже й так маємо низьку ефективність використання ресурсів через корупцію, бюрократизм, поганий менеджмент. Крім того, зайві витрати на охорону здоров'я є перепорою для інших видатків державного бюджету, тобто вони гальмують макроекономічну ефективність і зростання ВВП.

Драйверами реформи охорони здоров'я в Україні є запуск конкуренції, економічної свободи лікарень та приближення фінансових потоків до потреб пацієнта, тобто наближення системи охорони здоров'я до зовнішнього ринкового середовища. У цьому плані найскладніше завдання – це поєднати ринкові принципи і соціальну захищеність громадян. Між тим, реформи у США передбачають ту ж саму мету, просто вони йдуть від розвиненого ринку до посилення державного регулювання охорони здоров'я (см. рис.1). За період з 1980 по 2012 роки частка приватних витрат на охорону здоров'я в США у ВВП зросла майже у 1,7 разів (з 5,3 до 8,9 %), то частка державних видатків – у майже 2,2 рази (з 3,7 до 8,0 %). Причому у 2000-2012 рр. темпи зростання державного фінансування були більшими, ніж у попередні роки.



Рис. 1. Витрати на охорону здоров'я в США [складено за джерелом 4]

Однією з ідей останніх реформ в охороні здоров'я США є покриття страхуванням тих громадян, які тимчасово не працюють, і тих, хто має невеликі доходи, зокрема у малому бізнесі. Раніше у них не було вибору, крім купівлі страхового полісу на вільному ринку. Реально цією можливістю користувалося доволі мало бажаючих через занадто високі ринкові ціни. Крім того, до реформи погано діяла система так званих попередньо існуючих умов (preexisting conditions), за яких людина під час переходу з однієї роботи на іншу не втрачає свою колишню страховку. Зараз американський уряд надає субсидії (дотації) на вартість страхового продукту, тобто забезпечує, на відміну від Medicare та Medicaid, непряму допомогу громадянам. Зауважимо водночас, що отримання (купівля) страхового полісу здійснюється за бажанням мешканця у приватної компанії. Це означає, що ринковий принцип свободи вибору зберігається. Більше того, свобода зростає завдяки збереженню preexisting conditions. Якщо людина отримала, наприклад, хворобу нирок на минулій роботі, то за нею зберігаються умови попередньої страховки. Це, до того ж, сприяє зняттю штучних перешкод для функціонування ринку праці і наближає його до конкурентної моделі.

Проте хід реформ демонструє певні складнощі. В ідеалі, якби страховки купували всі громадяни США, то страхові компанії мали б інвестиційний бум. Але на практиці свобода вибору призводить до того, що молоді і здорові люди їх не купляють, бо не хочуть сплачувати за лікування інших. Так, у 2013 р., коли середні витрати на медичне обслуговування одного молодого і здорового дорослого громадянина США дорівнювали 854 дол., їхні витрати за умови купівлі страховки зростали до 5800 дол. [3]. Тому ця категорія населення уникає страхування. Зате різко зростає попит на нього з боку хронічних хворих і тих, хто потребує дорогих операцій, але до реформи не мав для цього коштів. Дотації дозволяють їм звертатися до страхових компаній. Все це спричиняє несприятливий відбір клієнтів страхових компаній, стрімке зростання їхніх витрат, які вони відповідно компенсують зростанням цін на лікування.

Американський уряд намагається за допомогою додаткових податків або штрафів залучити якомога більше громадян до купівлі страхового поліса. Якщо у багатьох європейських країнах функціонує обов'язкове медичне страхування за принципами суспільної солідарності, то в США вважається, що узаконене насильство пригнічує економічні свободи громадян, а це не відповідає конституційним принципам. Така генетика країни. Не дивно, що зростання державних витрат на охорону здоров'я викликає невдоволення суспільства і шквал критики демократичної партії з боку республіканців. І зараз американський уряд стоїть перед необхідністю вирішення цієї суперечності.

Крім збільшення дорожнечі охорони здоров'я в США через суперечливі реформи, існують також інші причини, які викликані самою природою приватного ринку. Його супутником завжди є асиметрія інформації, яка породжує великі трансакційні витрати, а ринок медичних послуг збільшує прірву між розумінням якості медичної допомоги лікарем-фахівцем і

пацієнтом- споживачем, який не має медичної освіти. Американський науковець із університету Вандербілта (штат Теннессі) Малколм Гец (Malcolm Gets пише так: «Лікарі призначають і проводять процедури, які практично не мають медичної цінності, а в багатьох випадках мають побічний ефект. Лікарі сучасних спеціальностей заробляють надто багато і роблять багато зайвого, в той час як лікарі первинної ланки відіграють незначну роль... Лікарні дають хабарі лікарям, щоб ті призначали пацієнтам більше медичних процедур для збільшення суми рахунку за надані послуги. Фармацевтичні компанії ведуть широку рекламу ліків на телебаченні і систематично обдаровують лікарів ...» [1]. Такий приклад опортуністичної поведінки надавачів медичних послуг, за умови залежності їхніх гонорарів виключно від кількості наданих медичних послуг, є негативним сигналом для України, яка обирає новий шлях розвитку охорони здоров'я.

До речі, велика питома вага зростання зайвих медичних витрат у США розподіляється нерівномірно. Вона поширюється не на всю галузь охорони здоров'я, а на ті сучасні діагностично-лікувальні послуги, які належать до розкошів (наприклад, магнітно-резонансна томографія, пластична хірургія, герніотомія, гідроцеле та ін.) і новітні ліки. Відповідно до мікроекономічної теорії еластичність попиту на такі послуги і ліки зростає у міру зростання доходів громадян. Дуже часто вони не сприяють приросту значної медичної корисності та не відповідають обсягам витрат. Що стосується первинної медицини, то граничні витрати на неї в США менші за граничні витрати на послуги не першої необхідності, хоча вони, навпаки, потребують більше уваги.

Зайве споживання не відповідає українській національній культурі. Крім того, у нас переважна частина громадян належить до абсолютно і відносно бідних. У 2015 р. Україна посідає четверте місце у так званому світовому індексі неблагополуччя (misery index), тобто віднесена до 15 найбільш "нещасних" економік світу [6]. Воєнні дії та зростання витрат на армію посилюють зубожіння. Тому надмірне споживання багатьом українцям не загрожує. Навпаки, у їхньому сприйнятті купівля новітніх послуг останньої необхідності означає марнотратну споживчу поведінку, коли «нікуди гроші дівати». Тому ризики невинного зростання витрат на розкішні медичні послуги можуть зачіпати лише невеликий сегмент заможних українців (які, втім, часто лікуються за кордоном). У нас актуальним є додаткове фінансування профілактичної медицини, найнеобхіднішого і невідкладного лікування, з причини зростання захворюваності й відставання за показником очікуваної тривалості життя. Тим актуальнішим стає завдання скорочення неефективних витрат, бо бюджет охорони здоров'я України мізерний.

Світова практика свідчить, що контроль над цими витратами здійснює страхова медицина. Для України питання полягає у виборі моделі страхування. Дехто наводить, як аргумент, модель соціального обов'язкового медичного страхування, яка існує в Росії. Насправді ця модель неефективна, що підтверджують дані агентства Bloomberg. Так, в світовому рейтингу охорони здоров'я в 2014 р. (з-поміж 51 країни з населенням не менше 5 млн людей, ВВП на душу населення не менше 5 тис. дол і тривалістю життя не менше 70 років) Росія посідає останнє місце [5]. Річ у тому, що в російській моделі не реалізовано саму сутність страхування. Вона полягає не тільки у створенні цільового фонду, тобто резерву матеріальних та грошових коштів, заради відшкодування витрат на лікування. У ринковій економіці страхові компанії виконують додаткову низку функцій, а саме: раціонального використання грошових коштів, необхідних для фінансування медицини, їх рентабельного інвестування та примноження; мінімізації фінансового ризику окремого громадянина, пов'язаного з непередбаченими витратами на лікування; підтримки якості та доступності надання медичних послуг; демонополізації медичного ринку.

Виконання цих функцій 85-ма регіональними страховими фондами в Росії і комерційними компаніями, які залучені до обов'язкового медичного страхування, можна визнати з натяжкою. Вони видають поліси, відкривають розрахунковий рахунок і виступають

лише у ролі фінансового посередника між лікувальними закладами і Національним фондом обов'язкового медичного страхування, отримуючи за це певну частку доходів. Звичайно, на них покладено функції контролю за якістю медичної допомоги. Але на практиці, крім штрафів, ці функції зводяться до формальних зауважень та бюрократичної перевірки історій хвороби й інших документів. Регіональні страхові фонди в Росії не управляють страховими ризиками, їх прибуток зовсім не залежить від кількості та якості медичних послуг. Як наслідок, ці ризики повністю лягають на Національний фонд, тобто на державу. Таку модель страхування важко вважати прозорою і ринковою. Вона створена лише заради додаткових грошей для медицини, причому доступ до них, крім державних страхових фондів, має обмежене коло комерційних компаній, які, скоріше за все, беруть участь у тінювих схемах розподілу грошей. Ця модель дуже схожа на командно-олігархічну, вона підтримує надмірне, непродуктивне використання суспільних фінансів, зайве втручання держави в ринкові процеси.

Більш ефективні моделі обов'язкового медичного страхування працюють в європейських країнах. Особливо цікавим є досвід Німеччини, з розгалуженою, демонополізованою системою незалежних медичних фондів, а також скандинавського регіону й країн-нових членів ЄС. Головна перевага страхування в Європі – це виконання страховими структурами своїх обов'язкових функцій, висока соціально-економічна ефективність і прозорість спрямування грошових потоків на страхування, реалізація принципу суспільної солідарності, коли здоровий платить за хворого, молодий за літнього, багатий – за бідного. Проте громадянське суспільство має бути готовим до такої згоди, а платники податків – до оподаткування їхніх доходів, які, до речі, є високими. З урахуванням високого рівня зарегульованості бізнесу в Україні, додатковий податок на страхування продовжить втечу підприємництва в тінь та скорочення бюджетних надходжень, яких сьогодні критично замало. Тому впровадження соціального обов'язкового медичного страхування в Україні можливо лише після дерегуляції бізнесу та усунення корупційного оподаткування.

На перехідному етапі доречним є послідовне формування правил та звичок співпраці підприємців із страховими структурами на основі взаємних економічних інтересів. Наприклад, для бізнесу таким інтересом є віднесення витрат на страхування до собівартості товарів і послуг. Для страхових структур важливе створення умов для прозорої конкуренції, усунення непередбачуваних та вибіркового державного регулювання, бюджетна підготовка кваліфікованих менеджерів, насамперед, страхових агентів, андеррайтерів, актуаріїв, страхових інженерів, страхових детективів. Суттєвою допомогою для страхового ринку є взагалі скорочення безробіття та ефективне регулювання ринку праці. Тоді обов'язкове медичне страхування можна впроваджувати як договірне, коли страховими структурами є не державні фонди, а комерційні компанії, більш адекватні до ринку. Багато з них вже наробили досвід у добровільному медичному страхуванні. Про це свідчать дані Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, за 9 місяців 2014 р.: при зменшенні кількості страхових компаній у порівнянні з аналогічним періодом минулого року, частка страхових виплат на медичне страхування у розрізі видів страхування зросла з 20,6 % до 22,5 %. Збільшення валових страхових премій у медичному страхуванні за той же час дорівнювало 188,2 млн грн (17,3%). [2] В майбутньому соціальне обов'язкове медичне страхування матиме розвиток разом із договірним.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Варіант легалізації платежів від пацієнта до лікаря, який розглядається у зв'язку з реформою охорони здоров'я в Україні, надає певну фінансову автономію лікарням, проте не означає повної приватизації. Приватна медицина має цілу низку вад, про що свідчить досвід США та інших країн. Переваги платної медицини полягають у формалізації тих відносин, які вже склалися, без інституційної пастки і додаткових втрат. Вадами є обмеження доступу до охорони здоров'я незаможних громадян, а також залежність гонорарів лікарів від кількості

пацієнтів, «накручування» цін на медичні процедури, їх надлишок та асиметричність інформації для хворих людей.

Задля мінімізації вад ринок платних медичних послуг потребує контролю з боку страхових структур. Історична спадщина у виді бюрократизму та корупції, монополізму й олігархічного впливу на прийняття політичних рішень поки що ускладнює можливість ефективного впровадження медичного страхування в Україні за європейським зразком. Очевидно, що це завдання на майбутнє. Наразі реальною є така модель, за якої найпотужніші страхові компанії, які отримали досвід у добровільному медичному страхуванні, стають потенційними суб'єктами договірної обов'язкової медичного страхування. Вони не є державними, але працюють з нею за договорами і конкурують між собою за застрахованого. Громадяни здійснюють вибір страхової компанії, платежі до неї є обов'язковими. Ця модель послідовно розвивається до тих пір, коли визріють умови для соціального обов'язкової медичного страхування.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Гец, М. Реформирование здравоохранения в США / Малколм Гец // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2014. – № 2. – С.71-89.
2. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://nfp.gov.ua/content/informaciya-pro-stan-i-rozvitok.html>.
3. Jenkins, H. The Young Won't Buy ObamaCare / H. Jenkins // The Wall Street Journal. – 2013. – 19 June. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://online.WSJ.com/article/SB100014127887324634304578539453979685238.html>.
4. OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
5. The Most Effective Health Care 2014 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.
6. The 15 Most Miserable Economies in the World / Bloomberg – 2015. – 15 March [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-03-02/the-15-most-miserable-economies-in-the-world>.