

6.2 Сигнальні фактори розвитку охорони здоров'я в Україні у порівнянні з Євросоюзом

Відомо, що Україна після розпаду СРСР перебувала в соціалістичній сфері охорони здоров'я, яка мала підґрунтя на державній власності та централізованому плануванні і контролі. Порівняльний аналіз медичних реформ в Україні та країнах ЄС цікавий тим що можна виявити існуючі проблеми і запропонувати шляхи їх вирішення з урахуванням західного досвіду з метою обґрунтування та розробки ефективного механізму управління сферою охорони здоров'я.

Основною метою є порівняльний аналіз систем охорони здоров'я України та країн Євросоюзу, виявлення основних ознак їх реформування. На основі цих даних використання відповідного досвіду управління охороною здоров'я в умовах модернізації цих країн.

Цінність охорони здоров'я в країнах ЄС є дуже високою. Частина національних ресурсів яка виділяється на охорону здоров'я, залежатиме від того, яку користь вона приносить – щодо цінності, якою ми наділяємо користь, що йде до інших областей економіки. Цінність охорони здоров'я для країн ЄС висока. Згідно дослідження країн Євросоюзу, вони поступаються значною частиною доходів заради того, щоб мати хорошу систему охорони здоров'я. Але коли витрати на охорону здоров'я істотно загрожують іншим статтям витрат, цінність, якою володіють інші галузі економічної діяльності, починають зростати, відносно цінності охорони здоров'я. Доки користь від охорони здоров'я перевищує пов'язані з ним витрати, зростання витрат на охорону здоров'я є економічно стійким (переважання користі над витратами може розглядатися як міра економічної стійкості). Як тільки альтернативні витримки витрат на охорону здоров'я стають занадто великі, витрати на охорону здоров'я перестають бути економічно стійкими.

При застої або занепаді в економіці зростання витрат охорони здоров'я у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП), швидше за все,

загрожуватиме іншим областям економіки достатньою мірою, щоб викликати резонні побоювання щодо економічної стійкості. Однак в умовах економічного зростання витрати на охорону здоров'я можуть зростати швидше, ніж ВВП в цілому (тобто складати все зростаючу частку ВВП) без того, щоб шкодити іншим областям економіки. Іншими словами, витрати на охорону здоров'я можуть зростати і відвідування кінотеатрів теж, але інші будуть не настільки частими, як у відсутності зростання витрат на охорону здоров'я. Прогнози по ЄС кажуть, що зростання витрат на охорону здоров'я (у тому числі зростання, зумовлене старінням населення) не стане проблемою доти, доки ВВП у країнах ЄС продовжує зростати (Economic Policy Committee 2001; Economic Policy Committee and European Commission 2006). Таким чином, оцінки сходяться на тому, що теперішні темпи зростання витрат на охорону здоров'я, скоріш за все, будуть економічно стійкими, якщо не настане довготривалий економічний спад. Занепокоєння щодо фіскальної стійкості систем охорони здоров'я пов'язане з державними витратами на медичне обслуговування. Тому сюди не входять, наприклад, прямі платежі населення на приватних ринках медичних послуг. Проблема фізичної стійкості схожа з викладеною вище проблемою економічної стійкості, нехай в її основі лежать інші причини. І тут у витрат на охорону здоров'я є альтернативні витримки. За твердого державного бюджету кожен євро, витрачений на охорону здоров'я, означає, що одним євро менше буде витрачено в інших сферах відповідальності держави.

Тому при твердому державному бюджеті витрати на охорону здоров'я можуть витіснити витрати на освіту, оборону тощо. Фіскальна стійкість стає проблемою, якщо держава не в змозі підтримувати зобов'язання системи охорони здоров'я, оскільки не може або не бажає виділяти на це достатньо коштів, і в обставинах, коли вона не може або не хоче скорочувати далі інші види державних витрат. Тому, не дивлячись на структурну подібність між проблемами економічної та фіскальної стійкості, можливі ситуації, коли витрати на охорону здоров'я є стійкими економічно, але при цьому нестійкі фіскально.

Загалом є три рекомендованих підходи до вирішення проблеми фінансової стійкості. Це: збільшення фінансування до величини, за якої система охорони здоров'я може виконувати свої зобов'язання; скорочення цих зобов'язань до величини, за якої вони можуть бути виконані у рамках існуючого фінансування; вдосконалення можливості охорони здоров'я оптимально використовувати виділені кошти.

Поки що фінансування охорони здоров'я економічно стійке, виконання зобов'язань охорони здоров'я шляхом збільшення державного фінансування може бути найкращим вирішенням проблеми фінансової стійкості.

Охорона здоров'я здатна дуже ефективно перетворювати виділені кошти на результат – часто набагато ефективніше, ніж інші галузі економіки. Наприклад, проведені в Італії дослідження, в яких результати лікування

виражали у грошовому обчисленні, дозволяють укласти, що відносно деяких видів медичного втручання цінність лікування набагато перевищує витрати на нього (Cutler & McClellan 2001; Cutler 2004). Іншими словами, медичні витрати в розглянутих випадках були дуже гарними вкладеннями коштів; таким чином, можна вважати, що з економічного погляду буде правильним вкладати кошти в охорону здоров'я і надалі. Однак це не означає, що витратити більше завжди означає витратити більш правильно – ці дослідження стосувалися конкретних методів лікування, і їх результати не обов'язково застосовуються до всіх аспектів охорони здоров'я.

Виникає відповідно питання відносно збільшення коштів на потреби охорони здоров'я, що дозволить вирішити проблему фінансової стійкості. По-перше, можливі технічні труднощі, пов'язані з тим, що держава не в змозі змусити населення дотримуватись податкової дисципліни. Проблема відсутності необхідних організаційних структур особливо висока країнах з розвиненим сектором неформальної економіки чи там, де значна частини трудових ресурсів представлена самостійно зайнятими. По-друге, якщо кошти, що йдуть на фінансування охорони здоров'я, пов'язані із зайнятістю, як багатьох країнах ЄС,

зростання державних надходжень може становити небезпеку для національного ринку праці та конкурентоспроможності економіки в міжнародному масштабі.

По-третє, виділення додаткових коштів у охорону здоров'я може бути пов'язано з політичними труднощами, якщо населення не бажає оплачувати медичну допомогу (та інші суспільні блага) на колективної основі; інакше кажучи, якщо досить велика або важлива частина населення не бажає надалі субсидувати медичне обслуговування решти. До цього часу сектор охорони здоров'я в усіх країнах ЄС порівняно надійно захищений від так званої «розсудливої втоми», яка торкнулася інших сфер соціального забезпечення. Можливо, це наслідок того, що у медичній допомозі зацікавлені всі. Однак не слід думати, що охорона здоров'я повністю захищена від «розсудливої втоми».

Скоротити зобов'язання охорони здоров'я і таким чином привести витрати у відповідність до доступних засобів можна, якщо зменшити охоплення населення медичним обслуговуванням. Цей підхід найчастіше відстоюють, коли йдеться про проблему стійкості систем охорони здоров'я. Перешкодою на цьому шляху може бути те, що наявність системи охорони здоров'я (і апарату соціального забезпечення в цілому) означає наявність певних інтересів і традицій, що означає неминучий опір такого роду реформ (Pierson 1998). Населення, яке звикло до досить широкого набору послуг, незалежно від того, що воно думає про необхідність їх оплачувати, може чинити опір будь-якому обмеженню своїх прав. Тому зниження охоплення медичним обслуговуванням має проводитися лише поступово. Значення мають чотири аспекти охоплення медичного обслуговування. Це включення в набір немедичних послуг (побутові зручності, швидкість обслуговування тощо), відкритість системи охорони здоров'я (частка населення, яка охоплена обслуговуванням), глибина охоплення (частка вартості послуги, що оплачується) та сфера охоплення (які медичні послуги входять у набір). У багатьох системах охорони здоров'я немедичні послуги вже нормовані, але, як правило, тут є можливості для подальшого скорочення. Однак доцільність подальшого виключення немедичних послуг із набору обмежена резонними очікуваннями споживачів щодо стандартів надання медичної допомоги; більш

того, у таку мить скорочення немедичних послуг негативно позначиться на якості медичних послуг, а цього слід уникати.

Держава може знизити відкритість системи охорони здоров'я, ввівши залежність між державним охопленням медичною допомогою та рівнем доходів, виключивши з державного обслуговування певні групи населення або дозволити споживачам відмовлятися від медичного обслуговування. Хоча ці підходи можуть здатися розумними, вони теж здатні негативно вплинути на державний на державний сектор охорони здоров'я. Якщо доступ до безкоштовно медичного обслуговування мають лише бідні, це може призвести до того, що якість медичної допомоги в державній системі охорони здоров'я буде нижчою (найчастіше, щоб підтримувати високі стандарти державної медичної допомоги, потрібен « голос» багатших верств населення). Якщо споживачі можуть відмовитися від безкоштовної медичної допомоги, швидше за все, цим скористаються багатші або здоровіші люди, а значить, державна охорона здоров'я не тільки позбавить згаданого вище «голосу» цих груп населення, але й буде обтяжено надлишком тих, хто дорого йому обходиться (і хто, можливо, саме тому залишатиметься в державній системі – приватне медичне страхування для них буде недоступне або занадто дороге). Крім того, різні дефекти регулювання, властиві ринкам медичних послуг, особливо проблеми, пов'язані з інформування споживачі, означають, що ті, кому доведеться користуватися послугами приватного сектора можуть бути схильні до ризику.

Глибину охоплення обслуговуванням можна знизити, ввівши для послуг, що входять до основного набору, збори зі споживача (або розширивши сферу їх застосовування). Це прямо перекладає частину вартості медичного обслуговування на плечі приватних осіб, особливо людей з поганим здоров'ям (з цієї причини збори зі споживача часто називають « податком на хворобу»). Часто кажуть, що, якщо частину медичних витрат споживач повинен буде оплачувати з власної кишені, це стане запорукою того, що медичною допомогою будуть користуватися лише в потрібних випадках і, таким чином, відмовляться від послуг, користь від яких недостатньо велика, щоб виправдати витрати. У

США отримані результати, які з усією очевидністю доводять, що за наявності зборів із споживача люди дійсно «споживають» менше послуг охорони здоров'я, але з тих же даних випливає, що такі збори змушують їх відмовлятися і від необхідної медичної допомоги (Manning et 1897; Newhouse and The Insurance Experiment Group 1993). Тому часткова оплата медичних послуг є грубим політичним методом, вона може негативно позначитися на здоров'ю населення і, швидше за все, сильніше вплине на бідніших людей.

Сферу охоплення можна скоротити, виключивши з державного обслуговування деякі послуги - або видаливши їх з набору послуг (наприклад, у багатьох країнах не оплачується стоматологічне лікування дорослих), або не включати туди нові послуги. Виняток послуг із набору призводить до того, що вони переходять у приватний сектор, де доступ до них визначається здатністю платити за них.

Щодо завдання, поставленого Радою ЄС, ясно, що подібне рішення (скорочення охоплення медичним обслуговуванням) насправді не є рішенням зовсім. Скорочення охоплення негативно позначається на загальному характері медичної допомоги, фінансової солідарності та рівності доступу, частково тому, що відбувається на несправедливій основі або з несправедливими наслідками, а частково тому, що при цьому посилюється опора на приватне фінансування. Скорочення числа оплачуваних послуг порушує також загальнодоступність високоякісного медичного обслуговування – ті, хто не може за нього платити, або відмовляються від медичної допомоги, або отримують допомогу, якість якої може не відповідати прийнятим стандартам.

Це не означає, що скорочення охоплення медичним обслуговування не відіграє жодної ролі у підвищенні ефективності та рентабельності охорони здоров'я. Наприклад, формульованим Радою ЄС цінностям не буде завдано шкоди, якщо з набору послуг видалити (або не включати туди) послуги, які не є рентабельними (якщо послуги не є рентабельними, витрати для суспільства при їх наданні перевищують користь від них, і витрачені ними кошти краще витрачати якимось інакше).

Якщо розподіл витрат все-таки запроваджується, він має бути направлений на те, щоб стимулювати вибір найбільш цінних послуг та протидіяти вибору послуг низької якості, особливо якщо це не викликає сумнівів. Такий підхід до часткової оплати послуг, коли вона застосовується для того, щоб націлити хворих (і медичних працівників) на більш якісні послуги, іноді називають «заснованою на користь частковою оплатою послуг» або «заснованим на користь страхуванням» [401]. Однак цей підхід треба застосовувати з обережністю, оскільки він може створити управлінські складнощі (особливо там, де при визначенні цінності послуги потрібно врахувати характеристики хворих) і оскільки в багатьох випадках цінність того або іншого медичного втручання не зрозуміло. Загалом, зниження охоплення медичним обслуговуванням – не найкращий спосіб вирішити проблему фіскальної стійкості, тому що він підриває сформульовані Радою ЄС цінності [398]. Проте багато хто в ЄС вважає, що приватне медичне страхування зможе «прибрати слабіну» при зниженні охоплення державним медичним обслуговуванням, і пропонують систему, в якій державна охорона здоров'я надає лише розумний мінімум послуг (нехай навіть значно перевищує рівень, передбачений програмами підтримки бідних верств населення), а приватні особи та сім'ї повинні оплачувати різницю з допомогою приватного медичного страхування.

Безумовно, ця модель дуже приваблива для держави, яка прагне вирішити проблему фіскальної стійкості, оскільки дозволяє «викреслити» витрати на охорону здоров'я зі свого бюджету. Її впровадження буде також відгуком на невдоволення необхідністю субсидувати медичне обслуговування інших, висловлюване тими, хто схильний до «розсудливої втоми». На хвилину відвернемося від того, що діяльність приватного медичного страхування не узгоджується з цінностями, висунутими Радою ЄС [397]. Навпаки, припустимо, що держава забезпечить приватним страхуванням тих, хто не здатний оплачувати його сам (як, наприклад, у Франції, де тих, чий дохід нижчий за певний рівень, держава забезпечує приватне медичне страхування, щоб покрити вартість платних медичних послуг. На «ідеальному» ринку медичних послуг

приватне фінансування було б економічно виправданим. Люди обирали б між медичною допомогою та іншими товарами та послугами, та їх вибір, на що витратити гроші, відображав їх переваги, що вело б до раціональних результатів. Витрати на охорону здоров'я були б економічно стійкими за визначенням, оскільки рішення щодо витрат автоматично відображали б цінність, яку люди надають здоров'ю, проти цінністю інших товарів та послуг, з урахуванням обмежень їх бюджету. Проте ринок медичних послуг не є ідеальним. Він характеризується вираженими дефектами регулювання, які заважають раціональному використанню послуг. Багато хто з цих дефектів пов'язані з інформаційною нерівномірністю у відносинах лікар - хворий, лікар - страхова організація, а також між страховими компаніями та їх клієнтами. Наслідком цих дефектів є те, що системи охорони здоров'я, засновані на фінансуванні, або ті, де приватне фінансування відіграє важливу роль, просто не здатні так само добре використовувати виділені кошти, як державні системи, - вони недостатньо рентабельні [399].

Таким чином, зростання приватного фінансування не забезпечує відповідного виграшу у здоров'ї. Він швидше підвищить швидкість зростання видатків охорони здоров'я та, з урахуванням дефектів ринкового регулювання може навіть загострити проблему економічної стійкості – особливо якщо взяти до уваги відсутність загального ліміту бюджету, фрагментований характер ринків приватного страхування та інформаційні проблеми, що знижують можливості приватних осіб (і страхових організацій) у відносинах із постачальниками медичних послуг [405]. Більше того, там, де приватне фінансування дозволяє отримати якісніші послуги, ціна на них часто може бути завищеною за рахунок сильнішої ринкової позиції постачальників послуг. Крім того, відмова від підходу, при якому хворі готові отримати (а медичні працівники надати) послуги, що дають хоч якийсь результат незалежно від витрат на нього, а також від нерентабельних методів лікування на приватних ринках набагато менш виражені, ніж у державному секторі. Загалом це каже також про те, що приватний сектор гірше в порівнянні з державним пристосовуватиметься до

зміни пріоритетів у міру старіння населення - наприклад, до зростання попиту на психіатричну допомогу, довготривалий медичний догляд, догляд при хронічних захворюваннях, а також до більшої потреби в інтегрованому медичному обслуговуванні в цілому [406]. Скорочення охоплення медичним обслуговуванням може вирішити проблему фіскальної стійкості, але пов'язане з ризиком загострення проблеми економічної стійкості. По суті, цей ризик – одна з двох основних причин, що стоять за появою державної охорони здоров'я. Друга причина – те, що охорона здоров'я для країн ЄС має особливе значення, до нього не можна ставитися просто як до ще одного виду товарів чи послуг [400]. Навіть за відсутності дефектів ринкового регулювання люди вважають, що доступ до медичної допомоги не повинен залежати від платоспроможності і що в природі охорони здоров'я є щось, що потребує більш зрівнювального підходу, ніж інші сектори економіки. Саме занепокоєння про рівність доступу до медичної допомоги становить основу сформульованих Радою ЄС цінностей, і саме рівності доступу загрожуватиме будь-яке істотне зростання приватного фінансування охорони здоров'я в країнах ЄС. Якби можливо було отримати більше результатів при тих же засобах, проблема фіскальної стійкості могла б бути частково вирішена. Крім того, якби населення вдалося переконати в ефективності витрачання коштів охороною здоров'я, було б легше справлятися з впливом «розсудливої втоми» та перешкодами, які це ставить на шляху збільшення грошових надходжень. Раніше говорилося, що охорона здоров'я здатна ефективно перетворювати кошти на результат після приведення результатів досліджень, присвячених порівнянню результатів певних медичних втручань та витрат на них [404,405]. Дедалі більше досліджень свідчать також про те, що кошти, витрачені на охорону здоров'я, самі по собі можуть сприяти економічному зростанню [402,403]. Проте багато коштів у цій галузі витрачається даремно. Таким чином, немає безпосередньої кореляції між вищими витратами на охорону здоров'я і кращими результатами (хоч би як вони не вимірювалися – наприклад, за результатами лікування). Наприклад, згідно з проведеними в Чехії дослідженнями, в різних областях країни існує значна

різниця у витратах основного державного компонента охорони здоров'я, але ці додаткові витрати мало впливають на доступ до медичної допомоги, на її якість і на результати лікування (результати лікування там, де витрати вище, можуть бути навіть гіршими, як прямий наслідок цих вищих витрат). Подібна картина вимальовується при порівнянні між собою різних країн. Якщо брати до уваги основні показники діяльності охорони здоров'я, наприклад, кількість смертей, які можна було б запобігти за своєчасного та правильного лікування («смертність, яку можна уникнути»), можна спостерігати відсутність сталого зв'язку з витратами на охорону здоров'я. Фінансування охорони здоров'я у Європейському союзі набагато вище (109,65), ніж в Україні (в середньому 88,18), незважаючи на значно вищі витрати на охорону здоров'я (близько 15 % ВВП у 2005 р., в той час як ЄС в середньому становить 8 %). У межах ЄС також існують розбіжності: Франція і Німеччина витрачають на здоров'я аналогічну частку ВВП (близько 10%), але результати, якщо їх вимірюють неминучою смертністю, сильно відрізняються, в той час як Іспанія і Греція витрачають на охорону здоров'я значно менше Німеччини (близько 8 % ВВП), досягли значно кращих результатів. У «нових» країнах ЄС, рівень неминучої смертності не завжди відображає рівень витрат на охорону здоров'я. Порівняльний аналіз охорони здоров'я різних країн, а саме, виявлення загальних та специфічних ознак їх функціонування, результатів їх розвитку та реформування дають можливість вийти Україні на новий рівень соціальної модернізації, який в свою чергу потребує вирішення ряду дискусійних проблем.