

Супрун А. А.,

к.е.н., доцент Криворізького економічного інституту КНЕУ

ВИКОРИСТАННЯ СТРАХОВИХ МЕХАНІЗМІВ ДЛЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАХОДІВ БОРОТЬБИ З ЕПІДЕМІЄЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

У статті розкриваються підходи до фінансування витрат з лікування і профілактики туберкульозу в рамках існуючих моделей фінансування витрат у системі охорони здоров'я. Розглянуто глибину проблеми захворюваності на туберкульоз і можливі заходи з покращення ситуації, в тому числі і фінансового плану. Внесено ряд пропозицій щодо комбінювання можливостей державної і страхової медицини для вирішення проблеми фінансового забезпечення заходів з лікування і профілактики туберкульозу в Україні.

In the article the approaches to financing of charges on medical treatment and prophylaxis of tuberculosis of within the framework existent models of financing of charges in the system of health protection. The depth of problem of morbidity on tuberculosis and possible measures on the improvement of situation is considered, including financial plan. The row of suggestions is borne in relation to combining of possibilities of state and insurance medicine for the decision of problem of the financial providing of measures on medical treatment and prophylaxis of tuberculosis in Ukraine.

Вступ. Україна займає одне з перших місць в Європі за кількістю хворих на туберкульоз і темпами поширення хвороби. З 1995 року офіційно оголошено про наявність епідеміологічного стану. Прикрим є те, що в 1990 році за рівнем захворюваності республіки колишнього СРСР були на одному з останніх місць. Отже, за п'ять років були втрачені усі досягнення держави в боротьбі з цією соціальною недугою. Настання такої несприятливої ситуації пояснюється рядом об'єктивних і суб'єктивних чинників, але в основі їх є руйнація створеної за часів СРСР системи захисту населення від хвороби через відсутність належного фінансування.

Постановка завдання. Метою статті є виявлення основних фінансових і організаційних чинників, які стали осно-

вною причиною стрімкого поширення туберкульозу в Україні і визначення напрямків фінансування заходів щодо запобігання поширенню епідемії в межах існуючих моделей охорони здоров'я. Основна увага при цьому акцентується на можливості використання потенціалу страхової медицини в комплексі з медициною державною.

Результати. У світі існують три основні моделі фінансування охорони здоров'я населення: державна; приватна; страхова.

За першою моделлю фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно з бюджету за рахунок податків і зборів з підприємств і населення. Ця модель з 1948 року існує у Великобританії. Вона характерна також для Ірландії (1971 р.), Данії (1973р.), Португалії (1979 р.), Італії (1980 р.), Греції (1983 р.) і Іспанії (1986 р.). Її називають державною, бюджетною, держ-бюджетною.

За другою моделлю надання медичної допомоги здійснюється переважно на платній основі. Головним інструментом задоволення потреб населення в медичних послугах є ринок медичних послуг. Та частина населення, яка не може скористатися послугами, які пропонуються ринком через їх дорожнечу, обслуговується державою за програмами медичної допомоги для незаможних. Найяскравіше така модель представлена в США.

Третю модель визначають як соціально-страхову або систему регульованого страхування здоров'я. Ця модель охорони здоров'я спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання і соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для усіх верств населення. Найбільш яскраво така модель представлена в системах охорони здоров'я країн ФРН, Франції, Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади і Японії [1].

Слід вказати на те, що жодна з приведених вище моделей не функціонує відокремлено. В переважній більшості випадків мова йде про домінування однієї моделі над іншими.

Достатньо цікава ситуація склалася в Україні. Де-юре в країні функціонує державна модель охорони здоров'я, а де-факто – приватна. При цьому платні послуги часто надаються лікарями, які працюють в державних медичних закладах, на базі цих закладів і з використанням медичного обладнання та устаткування державних лікарняних закладів. Отже, українську модель охорони здоров'я можна визначити як змішану державно-тіньову.

Страхова медицина в Україні розвивається достатньо повільно. Закон України "Про обов'язкове медичне страхування" не приймається парламентом вже протягом останніх 7 років, а добровільне медичне страхування зосереджене здебільшого на обслуговуванні корпоративного сектору (при цьому йдеться про найбільш можливі підприємства, яких в Україні меншість).

Розглянемо більш детально, яка ситуація склалася в Україні з захворюваністю на туберкульоз і яким чином фінансуються заходи з лікування і профілактики цієї небезпечної хвороби.

Епідемія туберкульозу в нашій державі, за критеріями ВООЗ, існує з 1995 року і відтоді продовжує поширюватися. Щородини в Україні реєструється чотири нових випадки захворювання на туберкульоз та один випадок смерті від цієї хвороби. Щороку виявляється 37 – 39 тис. і помирає близько 11 тис. осіб хворих на туберкульоз. За 14 останніх років захворюваність на туберкульоз зросла в 2,4 рази і досягла рівня 84,1 осіб на 100 тис. населення, а смертність – у 2,7 разів і становить відповідно 25,6 осіб на 100 тис. населення. На сучасному етапі Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз і має вищий рівень захворюваності, аніж в більшості країн Центральної та Східної Європи. Зокрема, показник захворюваності на туберкульоз, за даними МОЗ, у Білорусі становить 52 на 100 тис. населення, Польщі – 25, Чехії – 11, Болгарії – 39, Литві – 75. Дещо вищі показники захворюваності в Російській Федерації та Румунії – 87 та 127 на 100 тис. населення відповідно [2].

В соціальній структурі серед вперше виявлених хворих на туберкульоз переважають соціально-незахищені верстви населення: безробітні, особи, що виїжджають на заробітки за межі області та країни, значна частина осіб, що повернулися із закладів пенітенціарної системи та особи ромської народності.

Розглянемо фінансування заходів боротьби з туберкульозом в 2002-2006 роках (табл.1).

*Таблиця 1.
Фінансування заходів боротьби з туберкульозом
в Україні в 2002-2006 роках*

| Рік | Планова сума витрат, тис. грн. | Фактична сума витрат, тис. грн. | Відхилення, тис. грн. |
|------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 2002 | 100885,6 | 33484,6 | -67401,0 |
| 2003 | 59586,7 | 59586,7 | - |
| 2004 | 58782,5 | 58752,5 | - |

| | | | |
|--------|----------|----------|----------|
| 2005 | 54851,1 | 54851,1 | – |
| 2006 | 113340,8 | 113340,8 | – |
| Всього | 387446,7 | 320015,7 | -67401,0 |

Недофінансування заходів боротьби з туберкульозом складало за п'ять років 67401,0 тис. грн., або 17,4%. Привертає також увагу зменшення сум, які виділялися з бюджету на фінансування заходів боротьби з туберкульозом у 2003-2005 роках. Окрім цього, цільове призначення визначених сум – придбання медикаментів та обладнання для лікарень. У кошторисах майже не передбачено заходів з профілактики хвороби та підготовки медичних кадрів з даного напрямку.

Вчені та практикуючі лікарі вказують на декілька варіантів розв'язання проблеми туберкульозу в Україні [2].

Один із них – це програмна система підходу до боротьби з туберкульозом, побудована на основі попередньої планової системи колишнього СРСР, яка передбачала повний комплекс протитуберкульозних заходів із їх належним фінансуванням.

Ця система передбачала повноцінне фінансування заходів Програми без визначення першочерговості у разі недостатнього фінансування та контролю фінансових потоків, спрямованих на боротьбу з туберкульозом, на усіх рівнях фінансування та була розрахована лише на організоване населення.

Реалізація даного напрямку є навряд чи можливою в економічній і соціальній формаціях, які склалися в Україні впродовж останніх 15 років. Коштів на тотальну боротьбу не вистачатиме та і рівень організації населення не сприятиме реалізації даного підходу.

Другий – програмна система підходу до боротьби з туберкульозом, рекомендована ВООЗ у 2005 році і має назву Stop TB Partnership („Стоп ТБ Стратегія”). Стратегія боротьби з туберкульозом складається з шести компонентів, основним з яких є ДОТС-стратегія:

I. ДОТС-стратегія:

- зобов'язання уряду щодо мобілізації додаткових людських та фінансових ресурсів;
- забезпечення якісного виявлення хворих на туберкульоз шляхом проведення мікроскопії мазка мокротиння;
- використання стандартизованих курсів хіміотерапії для хворих на туберкульоз під безпосереднім контролем;
- безперерйне забезпечення ефективними лікарськими засобами;

– створення раціональної системи обліку і звітності про результати лікування конкретного пацієнта та виконання програми;

II. Вирішення особливих завдань, пов'язаних із ВІЛ-асоційованим та хіміорезистентним туберкульозом.

III. Покращення роботи медичних закладів, установ та підприємств всіх форм власності.

IV. Залучення закладів охорони здоров'я всіх форм власності до виявлення хворих на туберкульоз шляхом проведення мікроскопії мазка мокротиння.

V. Надання соціальних послуг хворим на туберкульоз із залученням до цього громадськості.

VI. Проведення мікробіологічних досліджень під час діагностики туберкульозу.

Така система передбачає планування комплексу необхідних протитуберкульозних, як медичних, так і немедичних заходів, спрямованих на подолання епідемії туберкульозу, в тому числі і зменшення захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз, із забезпеченням пріоритетного цільового фінансування та контролю за виконанням цих заходів [2]. Реалізація другого напрямку також може стати проблемою для держави, оскільки і тут спостерігатиметься дефіцит фінансових ресурсів.

Третій шлях розв'язання проблеми – запровадження безпосередньо контрольованої короткочасної терапії (ДОТС-стратегія), адаптованої до існуючої традиційної системи протидії та особливостей епідемії туберкульозу в Україні, у відповідності з Указом Президента України [3]. Процес створення нової якісної системи протидії і лікування туберкульозу має спиратися на диспансерний принцип надання протитуберкульозної допомоги населенню України [2]. Цей шлях розв'язання проблеми можна визначити як оптимальний, з точки зору фінансування (його впровадження є дешевшим в декілька разів, ніж фінансування протитуберкульозних заходів за першими двома напрямками). Позитивний досвід застосування програм боротьби із захворюванням на туберкульоз, заснованих на ДОТС-стратегії, відзначають Польща, Литва, Латвія, Молдова, Білорусь, Росія.

Розв'язання проблеми можливо шляхом реалізації таких заходів:

1) Організаційні заходи, розвиток матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів і установ, політична та фінансова підтримка зазначеної програми, соціальна реклама здорового способу життя.

2) Виявлення осіб, хворих на туберкульоз.

- 3) Діагностика туберкульозу.
- 4) Лікування осіб, хворих на туберкульоз.
- 5) Забезпечення протитуберкульозних закладів та установ антимікобактеріальними препаратами.
- 6) Постійний моніторинг епідемічної ситуації, пов'язаної з туберкульозом та науковий супровід протитуберкульозних заходів.
- 7) Профілактика туберкульозу.
- 8) Запобігання поширенню ВІЛ-асоційованого та хіміорезистентного туберкульозу.
- 9) Підготовка медичних працівників та санітарно-гігієнічне навчання населення з актуальних питань, пов'язаних із захворюванням на туберкульоз.

Виходячи із поставлених завдань, оптимальними термінами їх реалізації й відповідно реалізації програми є 2007-2011 роки, що зумовлене необхідністю реалізації також „Плану поширення програми ДОТС для боротьби з туберкульозом в Європейському регіоні ВООЗ”, „Цілей розвитку тисячоліття”, які зобов'язалися досягти до 2015 року 189 країн, включаючи Україну.

Але вже зараз можна прогнозувати, що коштів у бюджеті на фінансування будь-якого напрямку з вказаних вище не вистачатиме. Тому на державному рівні необхідним є пошук додаткових механізмів фінансування заходів, пов'язаних лікуванням і профілактикою туберкульозу.

Додаткові кошти можна знайти, використовуючи комбінацію усіх трьох моделей фінансування здоров'я.

Приватна медицина може забезпечити потребу в лікуванні і профілактиці туберкульозу для більш заможних верств населення (фактично ці функції виконуються нею і зараз).

Основу фінансування в лікуванні і профілактиці туберкульозу для менш заможних верств населення має забезпечити комбінування державної і страхової медицини. Тут можливо пропонувати декілька варіантів.

Перший – впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. При цьому, якщо відповідно до законодавства обов'язковим страхуванням займатиметься Державний фонд, то в його кошторисі видатки на лікування і профілактику туберкульозу мають бути виділені окремим рядком (те саме стосується і структури страхового тарифу). Якщо проведення обов'язкового медичного страхування законом буде покладене на страхові компанії, то в пункті такого закону має бути обов'язково передбачена норма щодо забезпечення страхового

покриття на випадок захворюваності на туберкульоз. Законодавством має бути передбачене фінансування за рахунок страхової медицини лікування нових випадків захворювання і фінансування страховиками ряду профілактичних (превентивних) напрямків. Державні заклади охорони здоров'я в такій системі повинні скласти реєстр осіб, які мали захворювання на туберкульоз до впровадження в дію законодавства про обов'язкове страхування. Відповідно до цього реєстру має надаватися допомога цим особам. Для цього використовуватимуться бюджетні кошти. Таким чином, не порушуватиметься основний принцип страхування – імовірність настання страхового випадку (в даному випадку захворювання на туберкульоз). Поступово за дії даного механізму фінансове навантаження на бюджет зменшуватиметься, а на страховий фонд – зростатиме. Реалізація такого варіанту була б оптимальною з точки зору фінансування реалізації програми ДОТС. На першому етапі більша частка необхідних витрат в будь-якому випадку фінансуватиметься з бюджету. Але, зважаючи на обов'язковість даного страхування, можна очікувати швидкого наповнення страхового фонду, що дозволить в визначених пропорціях фінансувати попереджувальні заходи. Реалізація такого варіанту ставиться під сумнів через те, що тривалий час в Україні не приймається Закон “Про обов'язкове медичне страхування” і, зважаючи на складну політичну і економічну ситуацію, не варто очікувати швидкого прийняття цього закону і надалі.

Другий варіант також потребує змін до існуючого законодавства, але за своїми масштабами має дещо урізаний характер. Мова йде про створення спеціалізованого страхового фонду для боротьби виключно з туберкульозом і супутніх хвороб. Відрахування до такого фонду також мають носити обов'язковий характер, але зважаючи на те, що покриття передбачатиме лише одну хворобу, то відрахування значними не будуть. Натомість коштів фонду вистачатиме і для лікування хворих і для профілактики. Прикладом успішного функціонування пропонованого варіанту фінансування може слугувати досвід Японії, де існує санітарний фонд превентивних заходів [1].

Слід вказати і на неправильну, на думку автора, поведінку переважної більшості страховиків, які пропонують програми добровільного медичного страхування. Так, в програмах, які пропонуються компаніями-лідерами страхового ринку України, не передбачено страхового покриття на випадок захворювання на туберкульоз. Це стосується як програм безперервного страхування здоров'я, так і страхування на випадок хвороби.

Неправильним такий підхід є тому, що клієнтами компаній за напрямками добровільного медичного страхування є або підприємства, або особи з середніми статками, або статками вище за середні. Серед цих верств населення хвороба розповсюджена менше, ніж серед так званої “групи ризику”. Достатньо нескладно актуарно обрахувати рівень страхового тарифу, зважаючи на наявність медичної статистики. Можна обрахувати і необхідні витрати на лікування та покласти в основу розміру страхової суми. Механізм даного виду страхування передбачатиме проходження на початку укладення страхової угоди обстеження особи, яка страхується, на туберкульоз у медичному закладі, контрольованому страховою компанією. Відсутність ознак хвороби під час такого обстеження є підставою для укладення договору страхування. Страхова сума має бути не меншою за 10 тис. грн. (саме такі кошти є мінімально необхідними для лікування хвороби на початковій стадії). Договір укладається на рік. Дія договору завершується проведенням повторного обстеження. У випадку виявлення ознак хвороби застрахованій особі виплачується компенсаційна страхова сума.

Висновки. Загрозлива ситуація із захворюваністю на туберкульоз, яка склалася в Україні в останній час, потребує впровадження термінових організаційних заходів і їх фінансового забезпечення. Організаційні заходи лікування і профілактики туберкульозу в Україні розроблені відповідно до міжнародних стандартів, але вже зараз є зрозумілим те, що бюджетних коштів на реалізацію будь-якої програми (навіть урізаної контрольованої короткочасної терапії (ДОТС-стратегія) не вистачить. До того ж необхідним є пошук коштів для фінансування заходів із запобігання захворюваності і формування підготовлених кадрів, які забезпечуватимуть виконання програм в перспективі (на сьогодні переважна більшість фтизіатрів є передпенсійного або пенсійного віку). Отже, необхідним є залучення до фінансування заходів боротьби з туберкульозом, крім бюджетних коштів, коштів страхової медицини. Доцільним є впровадження на державному рівні обов'язкового страхування від туберкульозу, формування спеціалізованих фондів і фінансування з цих фондів як заходів щодо лікування хвороби, так і попереджувальних заходів. Подальші дослідження даної тематики можуть проводитися у напрямках розробки законодавчих і нормативних актів щодо впровадження обов'язкового медичного страхування – або загального, або на випадок захисту від туберкульозу і супутніх хвороб.

Література

1. <http://lab.obninsk.ru/public/articles.php?htmlfile=golovnina-03.htm>
2. Загальнодержавна програма щодо протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках [концепція для громадського обговорення].
3. Указ Президента України від 14 лютого 2006 року № 132 "Про рішення Ради національної безпеки та оборони України від 18 січня 2006 року "Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами"