

Степанова О.В.,

кандидат економічних наук, докторант,
старший науковий співробітник
відділу управління економікою
ДУ “Інститут економіки
та прогнозування НАН України”

Іголкін І.В.,

старший науковий співробітник
відділу бюджетної системи
Науково-дослідного фінансового інституту
ДННУ “Академія фінансового управління”

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У США

Досліджено трансформацію ролі держави та приватного сектору в процесі реформування системи охорони здоров'я у США, проаналізовано основні проблеми її організації й фінансування, а також наведено ключові напрями поточної реформи цієї галузі. На основі врахування американського досвіду визначено основні потенційні виклики та уроки складання плану з реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Transformation of the public and private sector roles in the process of reformation of the U.S. health system is observed, moreover, the analysis of its basic management and funding problems are conducted. The article also presents basic directions of current U.S. healthcare reform. Considering the U.S. experience of health system reforming, basic potential calls and lessons of drawing the plan of Ukraine health system reformation are grounded.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичне страхування, реформа медичного обслуговування.

Проблема постійного збільшення витрат на охорону здоров'я є актуальною як для України, так і для більшості країн світу, незалежно від обраної моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я. Ця проблема зумовлена зростанням потреб населення у кваліфікованій, якісній і доступній медичній допомозі, швидкими темпами розвитку медичних технологій. Окрім цього, в Україні, як і в інших країнах світу, стрімко збільшується частка осіб похилого віку, котрі є основними “споживачами” медичних послуг.

Проблеми організації й фінансування соціальної сфери, в т. ч. системи охорони здоров'я, досліджуються у працях вітчизняних і зарубіжних учених В.Г. Варнавського, К.Дж. Ерроу, Є.В. Жилінського, А.І. Кузнецова, Я.І. Кузьміна, В.І. Куценко, Е.М. Лібанової, О.В. Макарової, О.В. Мартякової, В.Ф. Москаленка, М. Олсона, К.В. Павлюк, В.І. Покровського, Д.В. Полозенка, Дж. Стігліца, Ж.Т. Тощенко, Т.В. Чубарової, В.І. Шевського, Ю.Л. Шевченко, І.М. Шевчука, І.М. Шеймана, Ю.В. Шиленко, С.В. Шишкіна, Т.В. Юр'єва, Л.І. Якобсона та ін.

Світова фінансово-економічна криза загострила існуючі проблеми функціонування систем охорони здоров'я та обумовила нагальність пошуку оптимальних

шляхів організації й фінансування медичної допомоги. Найчастіше цей процес стає поштовхом до реформування медичної галузі. Так, в Україні активно розробляються організаційно-економічні напрями реформування системи охорони здоров'я. Програма економічних реформ на 2010—2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” визначає завдання та основні кроки реформи медичного обслуговування, найвагомішими серед яких є підвищення якості й доступності медичних послуг, поліпшення ефективності державного фінансування охорони здоров'я, створення стимулів для здорового способу життя населення та здорових умов праці. Окремою складовою зазначеної реформи окреслено необхідність здійснення реформ у бюджетній сфері з метою закладення основ для переходу до страхової моделі фінансування охорони здоров'я в Україні. Доступність медичних послуг передбачається підвищити, зокрема, за рахунок розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі¹.

У цьому контексті для України є актуальним аналіз досвіду реформування організації й фінансування системи охорони здоров'я у США з метою збільшення присутності держави у даній сфері та забезпечення доступності якісних медичних послуг для переважної більшості населення. Щоб визначити відповідні виклики й уроки для вітчизняної системи охорони здоров'я, розглянемо основні засади функціонування американської системи.

США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, протягом декількох останніх десятиліть витрати на її утримання зростають високими темпами (рис. 1). Так, загальні витрати на охорону здоров'я за останніх тридцять років збільшилися з 8,5 % ВВП у 1979 р. до 17,4 % ВВП у 2009-му, а на одну особу — підвищилися більш ніж у вісім разів, що частково зумовлене зростанням витрат держави на медичну допомогу за аналізований період. За прогнозами Центру медичного страхування США, якщо не провести реформування, в наступних десять років загальні витрати на охорону здоров'я збільшаться вдвічі та в 2020 р. становитимуть 4638,4 млрд дол., або 19,8 % ВВП, а на одну особу — до 13 708,8 дол. США².

Наведені дані свідчать, що обсяги фінансування охорони здоров'я у США є найбільшими порівняно з іншими країнами світу — як у абсолютному вимірі, так і у відсотках до ВВП. Фінансування наукових досліджень у цій сфері здійснюється за рахунок державних і приватних джерел. Наприклад, лише в 2003 р. у Сполучених Штатах витрати на НДДКР у сфері охорони здоров'я становили 95 млрд дол., у т. ч. 40 млрд дол. — державні витрати та 55 млрд дол. — приватні. Такі обсяги інвестицій у медичні дослідження роблять США лідером у сфері

¹ Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: Програма економічних реформ на 2010—2014 роки: [Електр. ресурс]. — http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf.

² Health Insurance. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html>.



Джерело: побудовано авторами на основі: National Health Expenditures: [Електр. ресурс]. — http://www.census.gov/compendia/statab/cats/health_nutrition/health_expenditures.html; Health Insurance. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html>.

Рис. 1. Фінансування охорони здоров'я у США, 1987—2010 рр.

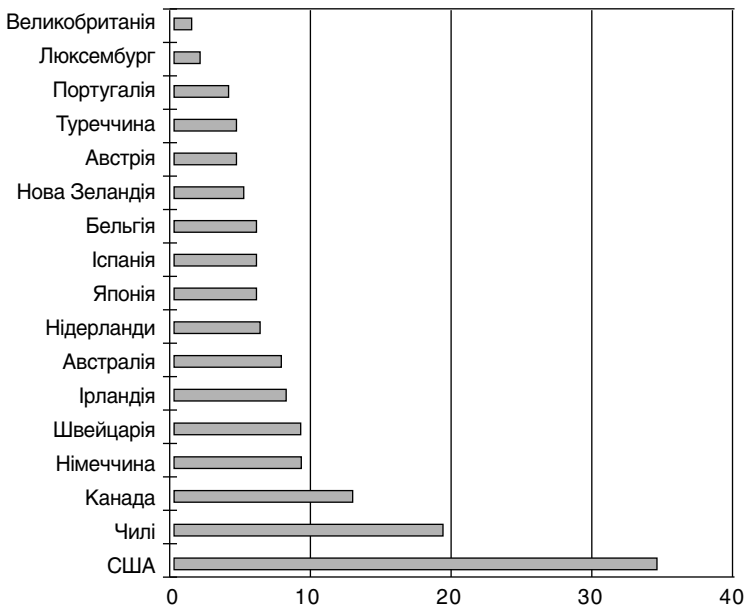
медичних інновацій. Зокрема, в 2006 р. ця країна отримала 75 % загального обсягу доходів у світі від упровадження нових біотехнологій у сфері охорони здоров'я та здійснила 82 % загального обсягу витрат у світі за визначеними напрямками³.

Модель функціонування американської системи охорони здоров'я побудована на домінуванні в її фінансуванні приватного медичного страхування. У 2009 р. частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я у США становила 51,4 %, а приватного страхування від приватних витрат на ці потреби — 69,3 %⁴. Хоча в багатьох країнах практикується приватне медичне страхування, в більшості з них воно є лише додатковим джерелом фінансування обов'язкового соціального медичного страхування або бюджетної медицини.

Найбільший серед країн ОЕСР вплив на фінансування системи охорони здоров'я приватне медичне страхування справляє у США, де воно становить 35 % загальних витрат на охорону здоров'я населення (рис. 2). У країнах, де застосовується переважно бюджетна модель фінансування цієї галузі (модель Беверіджа), приватне медичне страхування не має значного впливу на загальні обсяги фінансування галузі. Зокрема, у Великобританії частка витрат приватного

³ Present Status and Future Strategy for Medical Research in Europe: [Електр. ресурс]. — http://www.csic.es/vri/otros-programas/esf/EMRC_Whitepaper.pdf; *Ostroweil N.* Medical research spending doubled over past decade: [Електр. ресурс]. — http://www.medpagetoday.com/PublicHealthPolicy/HealthPolicy/1767&usg=ALkJrhiG8_6hgda1UcgtUyy7orEsCf.

⁴ База даних глобальної обсерваторії ВООЗ (2011): [Електр. ресурс]. — <http://www.who.int/gho/en/index.html>.



Джерело: побудовано на основі: База даних глобальної обсерваторії ВООЗ (2011): [Електр. ресурс]. — <http://www.who.int/gho/en/index.html>.

Рис. 2. Приватне медичне страхування в деяких країнах ОЕСР, % загальних витрат на охорону здоров'я

медичного страхування в загальних витратах на охорону здоров'я становить 1,2 %, у Швеції — 0,19, у Новій Зеландії — 4,8 %. У Норвегії та Ісландії приватне медичне страхування не поширене. Винятком є Канада, де частка витрат такого страхування сягає 12,9 % загального обсягу фінансування системи охорони здоров'я. В більшості країн, які використовують переважно модель соціального обов'язкового страхування (модель Бісмарка), витрати добровільного (приватного) медичного страхування становлять менше ніж 10 % загальних витрат на охорону здоров'я, зокрема в Люксембурзі — 1,3 %, Швейцарії — 9,1, Республіці Кореї — 4,5, Мексиці — 3,7, Нідерландах — 6,2, Німеччині — 9,2 %⁵.

Як показують результати досліджень, із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 31 % спрямовується на фінансування стаціонарного лікування, 21 % — на послуги лікаря та інші клінічні послуги, 10 % становлять фармацевтичні витрати, 6 % — витрати на будинки довічного догляду; 4 % — стоматологічні витрати, 3 % — витрати на фінансування державних заходів у сфері охорони здоров'я та ін.⁶ За дослідженнями інших науковців, близько третини витрат

⁵ Мировая статистика здравоохранения. — ВОЗ, 2011. — 170 с.: [Електр. ресурс]. — http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf.

⁶ US Health care costs: [Електр. ресурс]. — <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx&usg=ALkJrh>.

загального обсягу фінансування медичної галузі у США становлять адміністративні, що вдвічі перевищує відповідні витрати в Канаді⁷.

Незважаючи на такі вагомні обсяги фінансування системи охорони здоров'я США, в ній є серйозні проблеми, які стали передумовою її реформування. За визначенням ВООЗ, Сполучені Штати — єдина розвинута країна у світі, де відсутня універсальна система охорони здоров'я, в рейтингу ефективності такої системи США посідають 37-ме місце⁸. На думку окремих експертів ВООЗ, американська система охорони здоров'я не забезпечує еквівалентного доступу до медичної допомоги відповідно до обсягу витрат на її фінансування.

У Сполучених Штатах приватне медичне страхування — єдина форма страхового покриття для осіб, які не залучені до таких державних програм медичного страхування (табл. 1)⁹:

— програма державного медичного страхування літніх людей віком 65 років і старших — “Medicare”;

— програма державного медичного страхування малозабезпечених верств населення, рівень доходу для охоплення яким у різних штатах є неоднаковим, — “Medicaid”;

Таблиця 1. Рівень охоплення населення різними видами медичного страхування у США в 2009 і 2010 рр., % застрахованих осіб

Вид медичного страхування	2009	2010
Приватне медичне страхування (всі види)	64,5	64,0
в т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	53,3	52,7
Приватне медичне страхування, одержане від роботодавця	56,1	55,3
в т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	46,6	45,8
Пряма купівля медичної страховки	9,6	9,8
в т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	3,7	3,7
Державне медичне страхування	30,6	31,0
в т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	19,4	19,7
Програма державного медичного страхування літніх людей	14,3	14,5
у т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	4,5	4,7
Програма державного медичного страхування малозабезпечених верств населення	15,7	15,9
в т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	11,2	11,2
Програма державного медичного страхування для військовослужбовців та окремих груп військових пенсіонерів	4,1	4,2
у т. ч. отримання тільки одного виду цього страхування	1,3	1,3

Джерело: Health Insurance. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html>.

⁷ Woolhandler S., Campbell T. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada // The new England journal of medicine (2003): [Електр. ресурс]. — http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf&usg=ALkJrhh-WbI6DVqzC4lcGtF-aK_OsomLXw.

⁸ Системы здравоохранения: улучшения деятельности: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. — Женева: ВОЗ. — 258 с.

⁹ Reports on Health Reform: [Електр. ресурс]. — <http://www.healthreform.gov/reports/index.html>.

— програма державного медичного страхування для військовослужбовців та окремих груп військових пенсіонерів — “Veterans Administration”.

Частка населення, охопленого приватним медичним страхуванням, становить 64 % загальної кількості застрахованих осіб, а державними програмами медичного страхування — близько третини. Слід зауважити, що відсоток населення, охопленого приватним медичним страхуванням, має стійку тенденцію до зниження з 2001 р. унаслідок істотного збільшення його вартості.

Отже, система фінансування й організації охорони здоров'я США має ряд серйозних недоліків. Це:

— обмеженість прямої участі держави в наданні послуг у сфері охорони здоров'я порівняно з іншими країнами ОЕСР лише окремими вразливими соціальними групами населення (малозабезпечені й літні люди);

— незастрахованість приблизно 50 млн населення країни (причому їхня частка має стійку тенденцію до зростання); підвищення вартості медичних послуг і медичного страхування, що випереджає збільшення доходів; недоступність медичного обслуговування для найбідніших людей;

— наявність у страхових компаній широких можливостей для дискримінаційних відмов (за станом здоров'я, статтю та матеріальним становищем) як до, так і після укладення страхового договору, включаючи відмову у виплатах;

— високі персональні ризики банкрутства окремих осіб через непередбачувані витрати на охорону здоров'я;

— швидке зростання вартості державних програм медичного страхування “Medicare” та “Medicaid”, що критично збільшує дефіцит державного бюджету, а в довгостроковій перспективі стає головним чинником зростання державних витрат;

— висока вартість та монополізація ринку медичного страхування, яке надається роботодавцями, що обмежує мобільність трудових ресурсів;

— відсутність медичної допомоги для окремих верств населення через низький рівень доходів, унаслідок чого цим людям залишається сподіватися лише на безкоштовну медичну допомогу за рахунок благодійних фондів¹⁰.

Як видно, у США існує істотна диференціація доступу до медичного страхування — за рівнем доходу, віком та расовими й етнічними ознаками (табл. 2).

У різних штатах частка незастрахованого населення в загальній його кількості варіює від 5 до 22 %. Так, у 2010 р. найменшою частка не охопленого медичним страхуванням населення в його загальній кількості була в таких штатах: Массачусетс (5,6 %), Мен (9,4 %), Гаваї (7,7 %), Міннесота (9,8 %), Вермонт (9,5 %), Вісконсин (9,4 %). Найвищою частка такого населення була в Міссісіпі (21,1 %), Неваді (21,3 %), Нью-Мексико (21,6 %), Техасі (24,4 %) ¹¹.

¹⁰ Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения: [Електр. ресурс]. — http://www.sbrf.ru/moscow/ru/press_center/analytics/cmei/macroeconomics/index.php?page115=2.

¹¹ Health insurance coverage status by state for all people. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — http://www.census.gov/hhes/www/cpstables/032011/health/h06_000.xls.

Таблиця 2. Кількість та структура населення США, не охопленого медичним страхуванням, у 2009 і 2010 рр.

Ознака	2010		2009	
	Кількість незастрахованого населення, тис. осіб	Частка незастрахованого населення в його загальній кількості, %	Кількість незастрахованого населення, тис. осіб	Частка незастрахованого населення в його загальній кількості, %
Загалом	49 904	16,3	48 985	16,1
<i>За ознаками раси та іспаномовності</i>				
Населення європеїдної раси	37 385	15,4	37 124	15,3
в т. ч. населення європеїдної раси (не іспаномовне)	23 093	11,7	22 715	11,5
Населення негроїдної раси	8 132	20,8	7 838	20,3
Населення монголоїдної раси	2 600	18,1	2 317	16,5
Іспаномовне населення (будь-якої раси)	15 340	30,7	15 450	31,6
<i>За віковими ознаками</i>				
До 65-ти років	49 112	18,4	48 342	18,2
До 19-ти років	7 952	10,0	8 058	10,2
19—25 років	8 828	29,7	9 221	31,4
25—34 роки	11 804	28,4	11 530	28,1
35—44 роки	8 692	21,8	8 498	21,0
45—64 роки	13 231	16,3	12 421	15,6
65 років і старші	792	0,2	643	1,7
<i>За рівнем річного доходу домогосподарств</i>				
Менше ніж 25 тис. дол.	16 166	26,9	15 320	26,3
25—50 тис. дол.	15 435	21,8	14 999	21,0
50—75 тис. дол.	8 831	15,4	8 997	15,4
75 тис. дол. і вище	9 473	8,0	9 669	8,3

Джерело: Health Insurance. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — <http://www.census.gov/hhes/www/hlt/hins/hltins.html>.

Приватне медичне страхування у Сполучених Штатах організоване переважно за групами працюючих громадян (групова оцінка ризиків), переважне право вибору страховиків належить роботодавцю. На практиці це означає, що наймані працівники мають у кращому разі дуже обмежені можливості вибору страхової компанії. У 2009 р. у дослідженні експертів з Гарварду зазначалося, що відсутність медичної страховки є причиною 44 800 додаткових смертей щорічно¹².

У середині 1980-их на американському ринку приватного медичного страхування панувала система страхових гарантій: страховики платили постачальникам безпосередньо за послуги, практично відразу погоджуючись із визначеною ціною, кількістю та якістю. Витрати на лікарні й лікарів покривалися з розрахунку, що ціни є “звичайними й розумними”.

До запровадження регульованої медицини система безпосередньої оплати за послуги в поєднанні з федеральними субсидіями призвела до “надмірного” страхування та до зростання витрат, яке в 2—3 рази перевищило збільшення споживчих цін. Нова система стримала зростання витрат, проте з 1997 р. воно знову посилювалося, причому премії збільшувалися вдвічі швидше, ніж споживчі ціни. Отже, система регульованої медицини, що нині охоплює понад 80 % працюючого населення, принесла тимчасове полегшення, але не змогла забезпечити стійкий контроль зростання витрат. Можливо, регульована медицина не змогла стримати витрати на системному рівні в середньостроковій перспективі, оскільки регулюється на рівні окремих страховиків, тобто системні заходи не застосовуються. Таким чином, незважаючи на нові методи регульованої медицини, система охорони здоров'я залишається фрагментарною, й діяльність окремих страховиків лише дуже незначною мірою впливає на сукупну ефективність її функціонування.

Е. Моссалос та А. Діксон визначили основні причини неврегульованості ринку приватного медичного страхування в США¹³:

— попит, який не враховує видатків. За наявності третього учасника (страхувальника), котрий пасивно сплачує пільги й допомоги, ні постачальники, ні споживачі не мають стимулів до економії коштів;

— упереджений відбір ризиків як джерело прибутку. Страхувальники можуть накопичувати прибутки завдяки збільшенню числа модифікацій власного продукту та отриманню надприбутків;

— поділ ринку на частки мінімізує цінову конкуренцію. Значна кількість складних, різноманітних пакетів пільг та допомоги подрібнює ринок, ускладнюючи порівняння та практично унеможливаючи вибір на основі ціни;

— відсутність інформації про співвідношення результативності й вартості. Оцінці результативності приділяється недостатня увага; кошти надаються

¹² Davis K., Schoen C., Stremikis K. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010 Update: [Електр. ресурс]. — <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update/>

¹³ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы: Пер. с англ. / Э. Моссалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. — М.: Весь мир, 2004. — 352 с.

переважно на окремі випадки лікування, а не на реалізацію комплексних (пакетних) угод;

— недостатньо широкий вибір для членів невеликих груп. Половина працюючого населення США входить до груп, чисельність яких менша ніж 100 осіб, при цьому планів страхування для них дуже мало;

— аномальні державні субсидії. Податкові “прогалини” вигідні заможним найманим працівникам: чим заможніший застрахований, тим більша субсидія. Субсидії краще спеціально направляти бідним, щоб зробити можливим їх постійне членство в планах страхування.

Світова фінансово-економічна криза зумовила потребу в термінових заходах, спрямованих на усунення проблем і нерівності доступу населення до медичної допомоги, які особливо загострилися у США з кінця 2007 р. (табл. 3)¹⁴. Зменшення унаслідок кризи обсягу ресурсів, доступних для системи охорони здоров'я, зміна умов і способу життя, споживчої поведінки, а також соціальних норм і цінностей впливають на показники здоров'я населення та підвищують ризик виникнення в людей фінансових проблем у зв'язку з необхідністю лікування. Кредитна криза фінансових інститутів завдала збитків здебільшого приватним інвесторам у сфері охорони здоров'я та суб'єктам ринку медичного страхування¹⁵.

Борги, пов'язані з необхідністю оплати медичних послуг і ліків, є основною причиною особистих банкрутств у Сполучених Штатах. У 2008 р. дослідники з Гарварда зробили висновок, що близько 62 % випадків банкрутства в попередньому році були пов'язані з хворобами або оплатою медичних рахунків. Причому в багатьох із тих, що стали банкрутами, була медична страховка, але вона не допомогла уникнути додаткових витрат за рахунок особистих коштів хворого¹⁶.

Слід зазначити, що такий розвиток подій не пов'язаний тільки з поточною фінансово-економічною кризою, адже й у 2001 р., протягом рецесії, витрати на медичні послуги були причиною половини банкрутств у США¹⁷. Зазвичай за рік від різних форм медичного страхування через високу вартість відмовляється близько 20 % застрахованих осіб, навіть у роки економічного зростання.

Зниження частоти виникнення фінансових проблем, пов'язаних із платежами за медичні послуги, є одним із ключових показників прогресу в напрямі

¹⁴ Сачек М.М., Шавелева М.В. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2011. — № 2. — С. 4—14.

¹⁵ Implementing health financing reform. Lessons from countries in transition / Ed. by J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab; WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — Copenhagen: WHO, 2010. — 425 p.

¹⁶ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. — Женева: ВОЗ, 2010. — 129 с.

¹⁷ Understanding the Affordable Care Act: [Електр. ресурс]. — <http://www.healthcare.gov/law/introduction/index.html>.

Таблиця 3. Вплив рецесії на сферу медичного страхування у США

Період рецесії*	Перший календарний рік після закінчення рецесії	Рік закінчення рецесії		Перший календарний рік після закінчення рецесії		Зміна протягом першого року після закінчення рецесії	
		Число незастрахованого населення, тис. осіб	Частка незастрахованого населення в його загальній кількості, %	Число незастрахованого населення, тис. осіб	Частка незастрахованого населення в його загальній кількості, %	Число незастрахованого населення, тис. осіб	Частка незастрахованого населення в його загальній кількості, %
Грудень 2007 р. — червень 2009 р.	2010	48 985	16,1	49 904	16,3	919	0,2
Березень — листопад 2001 р.	2002	38 023	13,5	39 776	13,9	1 753	0,4
Липень 1990 р. — березень 1991 р.	1992	35 445	14,1	38 641	15,0	3 196	0,9

* Визначений Національним бюро економічних досліджень США (NBER).

Джерело: Health Insurance. U.S. Census Bureau: [Електр. ресурс]. — <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html>.

поширення доступності медичної допомоги. Втім, практичне втілення заходів із реформування системи охорони здоров'я США, необхідних для виправлення існуючих недоліків, є процесом не менш складним, ніж упровадження схем державного медичного страхування.

Як уже зазначалося, у Сполучених Штатах існують істотна диференціація доступу до медичних послуг, а також фінансові, адміністративні й територіальні бар'єри в медичному страхуванні. За таких обставин закон 2010 р. про реформування системи охорони здоров'я США¹⁸, що спрямований як на подолання окреслених проблем, так і на збільшення присутності держави в регулюванні даного сектору соціальної сфери, був прийнятий вчасно. Виконання положень цього закону може привести до найбільших змін і трансформацій у організації й фінансуванні американської системи охорони здоров'я з часів упровадження в 1966 р. систем медичного страхування “Medicare” і “Medicaid”. Загальною метою нової реформи системи охорони здоров'я є забезпечення доступу до якісного медичного обслуговування всього населення країни. Реформа впливатиме на потенціал задоволення життєво важливих потреб практично всіх верств населення, але передусім працюючого. Крім цього, в результаті реформи збільшиться вплив держави на функціонування системи охорони здоров'я, будуть обмежені необґрунтовані надприбутки в цій сфері.

Основними положеннями закону з реформування системи охорони здоров'я є такі¹⁹:

¹⁸ Health care and education reconciliation act of 2010, HR 4872, Public law 111 — 152: [Електр. ресурс]. — <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/content-detail.html>.

¹⁹ Козлов К. Зазнач. праця.

— розширення покриття медичного страхування з упровадженням системи штрафів за неучасть та субсидіями на купівлю страховок для незаможних верств населення (після 2014 р. особи без страховки будуть зобов'язані сплачувати штраф у розмірі 695 дол., а роботодавці, що мають понад 50 працівників, сплачуватимуть штраф у розмірі 2 тис. дол. за кожного незастрахованого);

— заборона страховим компаніям відмовляти у виплатах через стать, стан здоров'я, матеріальне становище бенефіціарів, прибутки страхових компаній та інші показники (крім віку);

— встановлення вимоги до страхових компаній із 2018 р. проводити регулярні профілактичні огляди та розробити перелік обов'язкових досліджень без права збільшення вартості страховки та без права отримання платежів від хворого²⁰;

— висунення вимоги до підприємств із кількістю працюючих понад 50 осіб щодо обов'язкового надання всім працівникам корпоративної медичної страховки;

— створення біржі страхових планів для громадян і малого бізнесу (приватні особи й малий бізнес можуть купувати стандартизовані страхові плани онлайн, із системою рейтингів; субсидії на купівлю страховок для незаможних (до 400 % від межі бідності) та для малого бізнесу (до 50 осіб) надаються тільки за умови купівлі плану через біржу; окремі штати можуть організувати власні біржі або ж користуватися єдиною загальнонаціональною біржею);

— вдосконалення державного страхування літніх осіб “Medicare” (додаткові субсидії, що ліквідують існуючий розрив у покритті вартості медикаментів; пільги до 50 %, що надаються виробниками на брендові медикаменти);

— розширення державної програми страхування незаможних осіб “Medicaid” до 133 % від рівня бідності за рахунок федеральних субсидій, а також базової охорони здоров'я в межах цієї програми;

— встановлення вимоги до страховиків розподіляти не менше ніж 80—85 % страхових премій на виплати 80 % для тих, хто має справу з невеликими групами населення²¹;

— надання субсидій малому бізнесу на купівлю страхових планів для найнятих працівників;

— забезпечення повного покриття страховим планом превентивної охорони здоров'я;

— запуск механізмів контролю витрат та вжиття заходів, спрямованих на підвищення прозорості системи охорони здоров'я (оприлюднення вартості послуг лікарнями; стандартизація страхових планів та їх супровід споживчими рейтингами й заходами з перевірки якості послуг; публічне обґрунтування підвищення

²⁰ Сачек М.М., Щавелева М.В. Зазнач. праця.

²¹ Health care and education reconciliation act of 2010, HR 4872, Public law 111 — 152: [Електр. ресурс]. — <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/content-detail.html>.

страхових премій; розкриття платежів від виробників устаткування й медикаментів лікарями; проведення незалежних досліджень порівняльної ефективності терапії).

Такі заходи з реформування системи охорони здоров'я США посилюють державне регулювання приватного сектору галузі, сприяють упровадженню нових інструментів державного регулювання в цій сфері та створюють передумови для впровадження комплексної системи медичного страхування.

Поряд із цим треба зазначити, що реформа охорони здоров'я у США на старті передбачала запровадження загальнообов'язкового медичного страхування й типового державного страхового плану, а також можливість для осіб, молодших за 65 років, купити страховку в системі державного страхування для літніх. Невиконання цих аспектів реформ призведе до того, що близько 5 % населення країни до 2019 р. не матиме медичної страховки²².

Загалом результатом реформування американської системи охорони здоров'я стане зменшення федерального дефіциту на 143 млрд дол. за перших 10 років та на 1,2 трлн дол. за наступних 10 років²³. Програма реформи передбачає порівняльне збільшення витрат на охорону здоров'я в найближчих 10 років через розширення страхового покриття населення. Загальні вигоди та економія на витратах за період 2010—2019 рр., за оцінками Незалежного органу Конгресу США, що надає прогнози поведінки бюджету й бюджетну оцінку економічних політик, та Незалежного органу Конгресу США з податкових питань, включаючи прогнози зборів, будуть досягнуті за рахунок²⁴:

- запровадження додаткового податку в розмірі 0,9 % на отримані доходи та 3,8 % на інвестиційні прибутки багатих домогосподарств, які одержують понад 200 тис. дол. на рік, — 210 млрд дол.;

- підвищення ефективності витрат на надання послуг та уповільнення темпів зростання вартості охорони здоров'я — 156 млрд дол.;

- скорочення пільг страховим компаніям за участь у програмі “Medicare” — 132 млрд дол.;

- створення добровільного місцевого мікрострахування на випадок тимчасової непрацездатності, а також економії на лікарняних місцях — 70 млрд дол.;

- підвищення ефективності та зниження витрат на надання частки страхування за програмою “Medicare” — 70 млрд дол.;

- уведення з 2011 р. щорічного податку на організації з медичного страхування, котрі діють на ринку довше за інші, — 60 млрд дол.;

- підвищення ефективності державних програм надання медичної допомоги вдома в межах “Medicare” — 40 млрд дол.;

²² Козлов К. Зазнач. праця.

²³ Reports on Health Reform: [Електр. ресурс]. — <http://www.healthreform.gov/reports/index.html>.

²⁴ Understanding the Affordable Care Act: [Електр. ресурс]. — <http://www.healthcare.gov/law/introduction/index.html>.

— запровадження з 2018 р. 40-відсоткового акцизного податку на плани з високими страховими преміями — 32 млрд дол.²⁵;

— уведення з 2011 р. щорічного податку на виробників та імпортерів медикаментів, які функціонують на ринку найдовше, — 27 млрд дол.;

— запровадження з 2013 р. акцизного податку (2,9 %) на виробників та імпортерів медичного устаткування — 20 млрд дол.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що прийнята реформа у США є необхідним кроком на шляху підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я. Втім, у разі скорочення запланованих заходів реформи радикальні зміни у структурі американської системи охорони здоров'я не можливі. Водночас перелічені вище заходи є лише початковим етапом, який сам по собі не розв'язує проблему надмірних витрат на охорону здоров'я у США. Дебати стосовно доцільності як окремих заходів, так і реформи охорони здоров'я загалом тривають у судах різних штатів. Критики цих реформ вважають, що прийнятий план заходів призведе до посилення податкового тиску на бізнес, підвищення темпів інфляції та скорочення кількості робочих місць.

Аналіз особливостей реформування системи охорони здоров'я США свідчить про необхідність збереження в Україні переважно державної медицини. Обов'язкове соціальне та приватне медичне страхування можуть виконувати роль виключно допоміжних механізмів фінансування системи охорони здоров'я.

З метою реалізації заходів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я в Україні, зміну моделі її фінансування та перегляд у цьому механізмі ролі держави й приватного сектору, доцільно врахувати досвід США, аналіз якого дає підстави для таких висновків. На сьогодні запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування є передчасним та потребує попередньої ретельної підготовки на основі реалізації узгодженої системи таких заходів:

— формування єдиного державного фонду соціального обов'язкового медичного страхування для громадян України з територіальними відділеннями;

— розробка та впровадження системи персоніфікованого обліку надання медичної допомоги, використання бази даних для планування системи організації та оплати медичних послуг, а також єдиного реєстру застрахованих осіб як важливої передумови створення системи обов'язкового медичного страхування та виключення подвійного страхування й фінансування;

— розробка прогресивної системи ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування та визначення зв'язку розміру внесків із величиною доходів їх платників, а також встановлення їхньої нижньої межі для вразливих верств населення (пенсіонери, інваліди та ін.), за яких внески сплачуватиме держава;

— розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем і працівником;

²⁵ Козлов К. Зазнач. праця.

- розробка та запровадження системи розподілу ризиків між державою, роботодавцями, страховими організаціями й одержувачами медичної допомоги;
- розробка та впровадження механізму “страхування з метою забезпечення ліками”;
- стимулювання розвитку приватного медичного страхування задля забезпечення припливу додаткових коштів до системи охорони здоров’я, не допускаючи заміщення безкоштовної медичної допомоги населенню платною;
- сприяння заміні неформальних платежів у системі охорони здоров’я формальними (легальними);
- поступове перенесення платних медичних послуг із бюджетних установ до приватних медичних установ;
- розробка та впровадження механізмів об’єднання коштів для окремих верств населення, які сплачуватимуться в межах обов’язкового (за умови його запровадження) і приватного медичного страхування (з метою виключення подвійного покриття страхуванням і фінансуванням);
- розробка та впровадження особистих медичних депозитних рахунків на медичну допомогу з механізмами пайової участі держави для окремих верств населення;
- покриття державою (в разі запровадження обов’язкового медичного страхування) медичних витрат людей, котрі не в змозі робити відрахування, що дасть змогу зберегти універсальність охоплення медичними послугами.

Враховання досвіду розбудови системи охорони здоров’я у США надає можливість скласти оптимістичний і песимістичний сценарії потенційних наслідків зміни моделі фінансування даної галузі в Україні. За першим сценарієм, запровадження в нашій країні страхової моделі фінансування системи охорони здоров’я забезпечить його стійкість, додатковий потенціал для розвитку медичної інфраструктури, стане передумовою для підвищення рівня доходів персоналу галузі, а також поліпшення якості надання медичних послуг та задоволення базових потреб населення. За другим сценарієм, радикальна трансформація механізмів фінансування й організації системи охорони здоров’я в Україні без відповідного обґрунтування може призвести до зниження доступності медичної допомоги для окремих верств населення; виникнення в періоди фінансово-економічних криз і рецесій серйозних проблем унаслідок різкого зменшення обсягів страхових внесків; появи нових сегментів збіднілих верств населення, зумовленої надміру високими витратами на медичну допомогу; збільшення числа людей, відсторонених від соціального, економічного й політичного життя внаслідок зниження доступу до медичної допомоги; зміни структури медичних послуг для населення, а також втрати частини існуючих медичних послуг, що може спричинити зниження якості людського капіталу та обсягу трудового потенціалу України.