



ФІНАНСОВА ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Фінансова доступність медичних послуг, насамперед в умовах нинішньої економічної кризи, є, на нашу думку, складною проблемою. Вона залежить від спроможності держави фінансувати систему охорони здоров'я (зокрема, забезпечувати бюджетними коштами витрати на надання гарантованого державою базового обсягу загальнодоступної медичної і фармацевтичної допомоги), а також населення – оплачувати медичні послуги, що не належать до гарантованого державою базового обсягу. В статті досліджено проблему співвідношення фінансової спроможності населення та фінансової доступності йому медичних послуг.

Ключові слова: фінансова доступність, фінансова спроможність, медичні послуги, домогосподарства, лікарські засоби.

Медичні послуги мають бути доступними кожному на рівних підставах з належною увагою до становища вразливих верств суспільства.

На рівень фінансової доступності медичних послуг впливають багато факторів, зокрема економічний стан розвитку країни, що виявляється у величині ВВП на душу населення, наявність і розвиненість певних інституцій, державні гарантії щодо обов'язковості та безоплатності надання пільговій категорії населення відповідного медичного обслуговування, розгалуженість мережі лікувально-профілактичних і фармацевтичних закладів, вартість медичних послуг, величина заробітної плати населення тощо.

Метою даної статті є оцінювання доступності медичних послуг закладів охорони здоров'я (ОЗ) для населення, тобто можливість відвідати лікаря, придбати лікарські засоби (ЛЗ), а також дослідження впливу фінансової спроможності домогосподарств та їхнього середньогрошового доходу на кількість домогосподарств, члени яких не отримали медичні послуги.

Оцінювати доступність населенню медичних послуг можна за двома показниками: фінансовою доступністю медичних послуг та фізичною доступністю закладів ОЗ, що надають їх. Фізична доступність закладів ОЗ характеризується наявністю достатньої та розгалуженої їх мережі, в якій різні категорії населення відповідно до їхніх потреб можуть отримати медичні послуги. Велике значення має забезпечення фізичної доступності первинної ланки надання медичних послуг, яка передбачає консультацію лікаря, просту діагностику й лікування найпоширеніших захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи, скерування пацієнта для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги.



Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я (ст. 35) [4] основою системи ОЗ є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), яку надають у фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських амбулаторіях, сільських, селищних та міських лікарнях і поліклініках, лікарнях і станціях швидкої медичної допомоги, а також окремі медичні працівники, які мають відповідний дозвіл (ліцензію), зокрема, лікарі сімейної практики (сімейні лікарі), які працюють у державних чи комунальних закладах ОЗ або займаються приватною медичною практикою. До їх обов'язків належать огляд та консультація, проста діагностика і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, скерування пацієнта для надання спеціалізованої та високо-спеціалізованої допомоги [1, 85]. Головними засадами ПМСД є її кваліфікованість, оперативність, доступність. Управління закладами первинного рівня системи ОЗ здійснюють: у сільській місцевості – головний лікар району, в місті – управління (департамент) охорони здоров'я [1, 85]. ПМСД є першим, всеосяжним контактом з населенням та полягає в скоординованій медичній допомозі, незалежно від статі, віку й характеру захворювання [2, 143].

Фізична доступність передбачає створення мережі необхідних закладів ОЗ, тобто надання кожній людині можливості добратися до пункту медичного обслуговування. Сьогодні українці мають фізичний доступ до закладів ОЗ, однак актуальним залишається питання фінансової доступності медичних послуг.

Фінансову доступність можна розглядати через оцінку спроможності населення оплатити запропоновані медичні послуги і вона характеризує потенційну можливість отримання медичної і фармацевтичної допомоги відповідного рівня для всіх громадян незалежно від раси, статі, віросповідання та інших відмінностей.

Згідно з результатами дослідження компанії «Gfk Ukraine» [3], проведеного на замовлення «STADA CIS» в Україні, тільки четверта частина населення в нашій країні готова витратити на ЛЗ більше 120 грн. на місяць; для більшої частини українців такі витрати не по кишені (рис. 1).

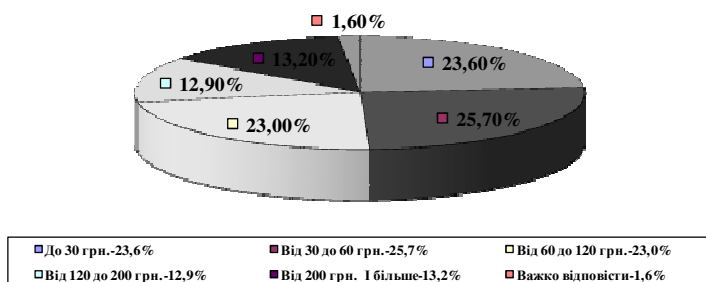


Рис. 1. Середній місячний обсяг витрат української сім'ї на лікарські засоби



Зазначимо, що величина витрат на ЛЗ залежить від доходів громадян. Можна виявити взаємозв'язок між питомою вагою населення, яке не готове тратити на ЛЗ в місяць більше 30 грн. (23,6%), з таким, дохід якого менший від прожиткового мінімуму. В Україні частка населення з доходом на душу населення в місяць нижчим від прожиткового мінімуму за підсумками 2010 р. становила 21,8% (за даними Державного комітету статистики України, середній прожитковий мінімум у 2010 р. дорівнював 849 грн.).

Тому, враховуючи викладене, для оцінки доступності населення до медичних послуг ОЗ (можливість відвідати лікаря, придбати ЛЗ тощо) ми дослідили вплив фінансової спроможності домогосподарств та їхнього середньогрошового доходу на кількість домогосподарств, члени яких не отримали медичні послуги, при цьому використали дані вибіркового опитування членів домогосподарств, яке здійснюють органи державної статистики України, виконуючи Постанову Кабінету Міністрів України від 10. 01. 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки». Так, у нашому дослідженні домогосподарство – сукупність осіб, які спільно проживають в одному житловому приміщенні або його частині, забезпечують себе всім необхідним для життя, ведуть спільне господарство, повністю або частково об'єднують та витрачають кошти. Кількість домогосподарств, у яких хтось із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ЛЗ та медичного приладдя становила 16 542,0 тисяч, це 97,4% від їх загальної кількості, з них 16,7% (2 761,1 тисячі) домогосподарств, у яких хтось із членів при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ЛЗ [5, 6]. Однією з причин неотримання медичних послуг є надто висока їх вартість, тобто домогосподарства не мали фінансової можливості отримати відповідні послуги. Тому під час дослідження ми вивчили вплив фінансової спроможності всіх членів домогосподарства (фактор А) і середньодушового грошового доходу (фактор В) на кількість домогосподарств, члени яких не отримали відповідні медичні послуги.

Для з'ясування впливу фінансової спроможності всіх членів домогосподарства (фактор А) і середньодушового грошового доходу (фактор В) на кількість домогосподарств, члени яких не отримали відповідні медичні послуги, був використаний двофакторний дисперсійний аналіз без повторень.

Для побудови ряду переваг впливу градацій одного з факторів А чи В на показник, що вивчався, був використаний критерій Дункана.

За даними дослідження можна стверджувати, що:

1. Статистично максимальна кількість домогосподарств (23,3% – 2011 р., 23,7% – 2012р.) від загальної кількості всіх домогосподарств, в яких їх члени не отримали відповідні медичні послуги, була досягнута за середньодушового грошового доходу в 2011 р. 840,1–1020,0 грн., що був еквівалентний мінімальній заробітній платі, яка протягом року становила 941,0–1004,0 грн.; упродовж 2012 р. була досягнута за середньодушового грошового доходу 840,1–1200,0 грн. (23,7%), 1200,1–1560,0 грн. (27,5%), 1560,1–1920,0 грн. (18,6%), що



максимально був еквівалентний майже подвійній мінімальній заробітній платі, яка на 01. 12. 2012 р. становила 1134 грн. Це можна пояснити тим, що за такого середньодушового грошового доходу члени домогосподарств активно зверталися за медичними послугами, але не змогли отримати їх у повному обсязі через нестачу коштів.

2. Статистично мінімальна кількість домогосподарств (0,3–2%, 3,2% – 2011 р. та 1,4% – 2012 р. від загальної кількості всіх домогосподарств), члени яких не отримали медичні послуги, була досягнута за середньодушового грошового доходу 300,0–480,0 грн. та 1740,1–1920,0 грн., що протягом 2011 р. був еквівалентний майже подвійній мінімальній заробітній платі (941,0–1004,0 грн.); та 2640,1–3720,0 грн. у 2012 р., що в 2,33–3,28 раза був більший за мінімальну заробітну плату 1134 грн. Це можна пояснити тим, що за такого середньодушового грошового доходу членів домогосподарств вони зверталися за більш дорогими медичними послугами, деякі з яких не змогли отримати через нестачу коштів.

Аналіз кількості домогосподарств, члени яких протягом 2011 р. і 2012 р. не отримали відповідних медичних послуг, дає підстави стверджувати, що за середньодушового грошового доходу, який менший за мінімальну заробітну плату, більшість громадян України не спроможні отримати належних медичних послуг, бо не мають фінансової можливості звертатися за такою допомогою.

За середньодушового грошового доходу, який змінюється від однієї до двох мінімальних заробітних плат, кількість домогосподарств, члени яких не отримали відповідних медичних послуг, була максимальною. Збільшення середньодушового грошового доходу понад дві мінімальні заробітні плати сприяє поліпшенню ситуації щодо кількості наданих медичних послуг. Але за такого середньодушового грошового доходу зростає потреба у більш якісних та дорогіших послугах, за якими звертаються члени домогосподарств і через нестачу коштів знову ж таки не можуть отримати їх у повному обсязі. Середня заробітна плата в державі щороку зростає, і в 2011 р. становила 1369–5340 грн., а в 2012 р. – 1552–5954 грн., але можна стверджувати, що зростання рівня заробітної плати в державі не задовольняє потребу членів домогосподарств у наданні їм відповідних медичних послуг.

Члени домогосподарства не змогли отримати медичні послуги здебільшого тому, що при потребі не змогли придбати ЛЗ, власне, не мали фінансової можливості їх придбати.

На нашу думку, основними причинами зниження фінансової доступності ЛЗ для українців є відсутність офіційних механізмів залучення особистих коштів громадян для оплати стаціонарного лікування, внаслідок чого пацієнти купують ЛЗ у роздрібній мережі за цінами на 25–35% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій ЛЗ для закладів ОЗ.

Сьогодні можна виділити дві основні проблеми забезпечення доступу різних категорій населення до системи ОЗ. По-перше, це висока вартість медичних послуг та недостатність коштів пацієнтів для оплати послуг лікаря, купівлі



ЛЗ та медичного приладдя, лікування в стаціонарі, оплати послуг невідкладної медичної допомоги.

Низька фінансова спроможність переважної більшості домогосподарств пояснюється, насамперед, загальнонизькими стандартами оплати праці в країні. Можна стверджувати, що зростання рівня заробітної плати в державі не задовольняє потребу членів домогосподарств у наданні їм відповідних медичних послуг. У такій ситуації неможливо поліпшити становище пацієнтів без кардинальних економічних та інституційних перетворень.

Розв'язанням проблеми забезпечення доступу громадян до якісного медичного обслуговування, на наш погляд, може бути розроблення моделі фінансового забезпечення ОЗ з використанням страхових принципів, забезпечення фінансової підтримки громадян для отримання необхідних медичних послуг, наприклад, через запровадження референтного ціноутворення на ЛЗ, введення державної реєстрації оптових цін на них, оскільки доступність ЛЗ є основним фактором, що визначає доступність системи ОЗ для пацієнта.

Отже, нестача коштів на медичні послуги, які не забезпечені державним фінансуванням, може становити серйозну загрозу здоров'ю жителів України.

Обмежені фінансові ресурси (дефіцит державного бюджету, низька фінансова (купівельна) спроможність пацієнта) спонукають до пошуку додаткових фінансових джерел для надання необхідного обсягу медичного обслуговування. Фінансова доступність медичних послуг потребує прийнятної вартості медичних послуг, а також наявності механізмів оплати медичних послуг за тих, хто не може дозволити собі необхідне медичне обслуговування. Медичні послуги мають бути доступними для всіх на рівних підставах. Проте рівень забезпечення рівного доступу всіх громадян України до медичних послуг як один із пріоритетних напрямів державної політики свідчить про необхідність реформування системи державного управління ОЗ. Тому, вважаємо, що одним із механізмів розв'язання проблем фінансової доступності медичних послуг може бути перехід системи ОЗ України до страхових принципів їх надання.

Страхова медицина – не панацея, але міжнародний досвід свідчить, що вона допомагає зменшити розрив між вартістю сучасного лікування високої якості та фінансовою спроможністю населення сплатити за висококваліфіковані медичні послуги.

Fedenko S. Financial ability to the health care system. Financial ability to the health care services, especially in the current economic crisis, is a complicated problem. It depends on the financial capacity of the country to finance the health care system (in particular, to provide state budget financing for the government guaranteed basic package of public medical and pharmaceutical care), as well as the community to pay for medical services that do not belong to the government guaranteed base volume. In the article it is represented the assessment of public availability to health care services, carried out the investigations of the households financial capacity impact to the households numbers of whose members did not receive health care.



Key words: *financial ability, financial capacity, medical services, households, medicines.*

Феденько С. М. Финансовая доступность медицинских услуг. Финансовая доступность медицинских услуг, прежде всего в условиях современного экономического кризиса, является, по нашему мнению, достаточно сложной проблемой. Она зависит от возможностей государства финансировать систему здравоохранения (в частности, обеспечивать бюджетными средствами расходы на предоставление гарантированного государством базового объема общедоступной медицинской и фармацевтической помощи), а также населения – оплачивать медицинские услуги, не относящиеся к гарантированному государством базовому объему. В статье исследована проблема соотношения финансовой состоятельности населения и финансовой доступности ему медицинских услуг.

Ключевые слова: *финансовая доступность, финансовая состоятельность, медицинские услуги, домохозяйства, лекарственные средства.*

Література

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. (редакція за станом на 02. 08. 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
2. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
3. Гиріна О. М. Сімейна медицина : підруч. : у 3 кн. Кн. 1 / О. М. Гиріна, П. В. Грішило, Т. Г. Лемзякова та ін. ; за ред. : В. Ф. Москаленка, О. М. Гиріної. – К. : Медицина, 2007. – 392 с.
4. Готовы ли украинцы к лекарственному страхованию? Большинство говорит «да»! [Электронный ресурс] // Аптека. – 2011. – 14 нояб. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/105299>.
5. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2011 році [Електронний ресурс] // Статистичний збірник. – К., 2012. – 142 с. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm.
6. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році [Електронний ресурс] // Статистичний збірник. – К., 2013. – 149 с. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm.