### Стандарти надання медичної допомоги – одна

### зі складових медичного страхування

Відповідно до Конституції України, людина, її життя і здоров’я є найвищою соціальною цінністю, кожна людина має невід’ємне право на життя і право на захист свого життя та здоров’я, зокрема, на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров’я повинна стати в державі однією із життєзабезпечуючих галузей.

Рівень медичної та медикаментозної допомоги, яка сьогодні надається в Україні, не сприяє можливості мати здорову націю в майбутньому. Загальна захворюваність населення порівняно з 1991 роком зросла на 27,8%, зокрема, поширення хвороб крові та кровотворних органів - у 2,7 рази, хвороб ендокринної системи, порушення обміну речовин - у 2,4 рази, хвороб системи кровообігу - у 1,8 рази, вроджених вад розвитку - на 57,3%, хвороб сечостатевої системи - на 57,7%.

На фоні зростання захворюваності бюджет держави не забезпечує основні потреби охорони здоров’я, і впровадження страхової медицини є першочерговим завданням як на державному рівні в плані прийняття проекту нормативних актів, так і на місцевому - в плані проведення значної підготовчої роботи всіх рівнів охорони здоров’я населення.

Із соціально-економічного погляду, медичне страхування є однією з найважливіших складових нормативного функціонування національних систем охорони здоров’я. Незаперечна актуальність цієї проблеми полягає в тому, що, на відміну від інших питань, медичне страхування є формою захисту від ризику, який загрожує найціннішому в особистому і суспільному плані - здоров’ю і життю людини.

Обов’язкове медичне страхування повинне регламентуватися законодавством із питань сфери поширення, механізмів визначення страхової суми, порядку збору і способу використання страхових фондів тощо.

Функціонуюча система обов’язкового медичного страхування повинна охоплювати всі верстви населення і задовольняти першочергові потреби в медичній і фармацевтичній допомозі. Це визначає необхідність існування добровільного медичного страхування як додаткової і самостійної форми залучення вільних засобів юридичних та фізичних осіб у систему охорони здоров’я.

Добровільне страхування в Україні носить комерційний характер і представлене у вигляді медичного страхування та страхування здоров’я на випадок хвороби.

При відсутності обов’язкового страхування розвиток форм добровільного медичного страхування ще раз вказує на необхідність введення страхових відносин між суб’єктами системи страхування.

Постає питання: чому, при наявності в цілому позитивних, концептуальних документів щодо реформування системи охорони здоров’я, ми продовжуємо рухатись назад від вирішення проблем доступності медичної допомоги? Відповідь, хоч і часткову, дає точка зору керівників підприємств, рядових співробітників, лікарів, провізорів, не задоволених станом існуючої системи соціального страхування, в межах якої планується введення обов’язкового медичного страхування.

Серед причин низького рівня медичного страхування найбільший рейтинг має відсутність законодавчої бази. Невизначеність правових питань медичного страхування робить цю галузь суспільних відносин непривабливою і неперспективною у інвестиційному, економічному, маркетинговому аспектах. У зв’язку з цим ринок медичного страхування розвинутий слабо, серйозної конкуренції між страхувальниками не існує.

Велике значення має фактор низьких доходів населення. Невідповідність між реальним прожитковим мінімумом і середньостатистичною заробітною платою, а також високі податкові ставки на доходи підприємств не дозволяють залучати додаткові ресурси в систему добровільного медичного страхування.

Не проявляють особливої зацікавленості в розвитку страхової медицини і суб’єкти системи охорони здоров’я. Це пояснюється, насамперед, внутрішніми факторами. Не секрет, що для деякої частини працівників практичної охорони здоров’я існуюча ситуація в галузі припустима, якщо не сказати - вигідна.

В умовах крайнього дефіциту державних бюджетних засобів багато закладів функціонують за рахунок залучення додаткових ресурсів, головним чином, особистих заощаджень громадян. Екстрена допомога в необхідних об’ємах буде надана, а за планові операції, догляд, маніпуляції потрібно платити. При медичному страхуванні ці фінансові потоки будуть контролюватися державою, вони сформують фонд обов’язкового медичного страхування, а за їх раціональним використанням будуть слідкувати страхові компанії.

Задовольнити, стимулювати, формувати попит на страхові послуги в існуючих економічних умовах украй важко, проте страхувальники на ринку повинні зайняти активнішу позицію.

При розробці своїх маркетингових програм страхові компанії повинні враховувати особливості національного менталітету. За роки монополії Держстраху і в період становлення ринку страхових послуг у «середньостатистичного» українця склалося в цілому негативне ставлення до страхування. Це відрізняє його від громадян економічно розвинених країн, де поліс медичного страхування є невід’ємним елементом соціального статусу в суспільстві.

Таким чином, основними причинами низького рівня розвитку медичного страхування в Україні є:

* відсутність нормативно-правової бази, зокрема стандартів медичних технологій у повному об’ємі;
* необхідність кардинальних перетворень в існуючій системі охорони здоров’я;
* неврегульованість питань оподаткування при проведенні медичного страхування;
* відсутність економічної зацікавленості населення і підприємств у страхуванні;
* неправильна позиція страхувальників щодо ролі добровільного медичного страхування і проблематики системи охорони здоров’я.

Медичне страхування - дуже специфічна форма обслуговування населення, що вимагає активного використання досвіду роботи страхування в інших країнах, а також залучення до співробітництва не тільки економістів та юристів, а передусім лікарів та провізорів. Особливо це стосується стандартів медичних технологій, якими закладаються основні параметри надання медичної та медикаментозної допомоги. Введення стандартів медичних технологій дозволить:

* створити умови для найповнішого задоволення потреб населення в отриманні доступної та якісної медичної допомоги;
* зменшити частку «тіньової медицини» в системі медикаментозного забезпечення;
* уникнути зайвих витрат з метою отримання додаткового прибутку лікувальною установою внаслідок необгрунтованих медичних послуг.

Одночасне, з точки зору медичних і економічних знань, використання даних стандартів для вимірювання якості медичної допомоги, наданої реальному пацієнту, абсурдне. Це пов’язано з тим, що в такому випадку як стандарти використовується певне сполучення узагальненого переліку окремих медичних прийомів і маніпуляцій з бюджетними розрахунками середньої тривалості перебування середньостатистичного пацієнта на профільному ліжку.

Не можна створювати стандарти за даними однієї науки, на основі максимуму - без урахування можливостей суспільства на даний момент, за рангами лікувально-профілактичних закладів. У даному випадку криється небезпека їх невиконання через підвищену вартість.

Водночас створення стандартів за фактичними історіями хвороби, амбулаторними картами буде сповільнювати інноваційні технології.

Вихід зі становища вбачається лише у створенні комп’ютерних клінікозатратних груп. Це досить універсальний метод стандартизації медичних технологій, який адаптується розробниками до їх конкретних потреб, оскільки неможливо стандартно лікувати хворих, необхідно робити те, що потрібно конкретному хворому. Лікар повинен мати за аксіому, що стандарт вторинний - первинне лікування.

Медичні стандарти в комп’ютерному варіанті повинні бути розроблені на державному рівні, а розрахунки вартості проводитись у регіонах.

На вартість і технологічний зміст клінічних затрат груп необхідно орієнтуватися при виході на результат лікування.

Стандарти медичних технологій повинні цікавити як споживача, тобто хворих, так і тих, хто надає медичну допомогу. Вони дозволять забезпечити захист інтересів хворих на основі стабільного рівня якості надання медичної допомоги, економію людських і матеріальних ресурсів. При наданні медичної допомоги на основі вибору оптимального рішення вони забезпечать правові відносини між суб’єктами медичного страхування.

В Україні затверджені тимчасові галузеві стандарти медичної технології лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги населенню, проте залишаються на стадії розробки інші розділи - амбулаторне лікування та інші.

Стандарти мусять стати основою співпраці страхових фондів і практичних лікарів. При фондах працюватимуть експерти, які визначатимуть доцільність призначення тих чи інших препаратів, якість лікування і кінцевий результат. В усьому світі лікар не зважає на вартість препарату, якщо цей препарат найкращий для даного хворого. І у стандартах визначальним чинником повинна бути ефективність лікування, а не його вартість.

В цілому проблема медичного страхування в Україні може бути вирішена, але вже сьогодні необхідні сучасні форми медичного та фармацевтичного обслуговування, що дозволить змінити ставлення населення до медичного страхування.