

Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана

М.Н.Джайнакбаев

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»

Резюме: Обзорно-аналитическая статья Джайнакбаева М.Н. на тему «Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана» представляет обзор эффективных инструментов и механизмов организации и финансирования платных и бесплатных для пациентов медицинских услуг в зарубежной практике. В статье исследованы системы здравоохранения Швеции, Франции и США. Каждая из изученных систем здравоохранения обладает рядом достоинств: в Швеции внедрены реестры качества, которые позволяют пациенту оставлять отзывы о пролеченных случаях, а правительству – собирать информацию для планирования развития системы здравоохранения; во Франции – все врачи общей практики, а также медицинские специалисты объединены в единую национальную сеть, информацию о ближайшем специалисте и стоимости услуг пациент может получить из единой информационной системы, в которой также зарегистрированы все пациенты; в США – в связи с высокой стоимостью медицинского обслуживания внедрены инструменты информирования пациентов о возможностях получения дополнительной финансирования на медицинскую помощь. Изученный зарубежный опыт позволяет сформировать ряд рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Казахстан.

Ключевые слова: зарубежный опыт, платные медицинские услуги, система здравоохранения, медицинское учреждение, финансирование медицинской помощи, реестр качества.

Түйіндемe: «Ақылы және тегін медициналық қызметті көрсету бойынша шетелдік тәжірибені зерттеу және оның Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінде қолданылуы» тақырыбына арналған шолу және аналитикалық мақаласы шетел тәжірибесіндегі пациенттерге арналған тегін және ақылы медициналық қызметті қаржыландыру және ұйымдастырудың тиімді инструменттері мен механизмдерін шолу болып табылады. Мақалада Швеция, Франция және АҚШ денсаулық сақтау жүйелері зерттелген. Қарастырылған әрбір жүйенің өз құндылықтары бар: Швецияда - пациентке өзінің емделген жайттары туралы пікірлерін қалдыруға, ал үкіметке денсаулық сақтау жүйесін дамытуды жоспарлауға ақпарат жинауға мүмкіндік

беретін сапа реестрі енгізілген; Францияда – жалпы тәжірибелік дәрігерлер, сонымен қатар медицина мамандары ұлттық бірыңғай жүйеге біріктірілген. Жақын жерде орналасқан дәрігер және қызметтің ақысы туралы ақпаратты осы жүйеден ала алады, сондай-ақ жүйеде барлық пациенттер де тіркелген; АҚШ – медициналық қызмет ақысының жоғары болуына байланысты, пациенттердің медициналық көмекті алуына қосымша қаржыландыру мүмкіндіктері туралы ақпаратты беру инструменттері енгізілген. Зерттелген шетелдік тәжірибе негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің одан әрі дамуына көмектесетін ұсыныстар дайындауға болады.

Түйін сөздер: шетелдік тәжірибе, ақылы медициналық қызметтер, денсаулық сақтау жүйесі, медициналық мекеме, медициналық көмекті қаржыландыру, сапа реестрі.

Summary: Overview and analytical article by Jainakbayev M.N. on the topic “Study of foreign experience in providing paid and free medical services and its using in the health system of Kazakhstan” provides an overview of effective tools and mechanisms for organizing and financing free and paid medical services for patients in foreign practice. The article examines the healthcare systems of Sweden, France and the USA. Each studied health system has a number of advantages: quality registries have been introduced in Sweden that allow the patient to give feedback on cases treated, and the government to collect information for planning the development of the health system; in France, all general practitioners and medical specialists are united into a single national network; information about the nearest specialist and the cost of services can be obtained from a single information system in which all patients are also registered; in the USA - due to the high cost of medical care, tools have been introduced to inform patients about the possibilities of obtaining additional funding for medical care. Studied foreign experience allows us to form a number of recommendations for the further development of the health care system of the Republic of Kazakhstan.

Key words: international experience, paid medical services, health care system, medical institution, financing of medical care, quality registry.

Следование по пути стран-лидеров в социальном развитии требует от государства мер по повышению эффективности оказания медицинских услуг. Система здравоохранения представляет собой организм,

функционирующий в условиях постоянного изменения, что требует от государства постоянного роста расходов из государственного бюджета на повышение качества медицинских услуг.

Несмотря на активное развитие законодательства в сфере повышения безопасности и качества медицинских услуг, на уровне конкретных медицинских учреждений оказываемые медицинские услуги сильно различаются по качеству, финансовой доступности и удовлетворенности пациентов, что подтверждается результатами различных исследований, например, исследованиями Жусупова Б.С., Алимбековой Г.Т. [1].

Вследствие этого актуальным представляется изучить зарубежный опыт организации системы здравоохранения, в том числе системы оказания платных и бесплатных медицинских услуг. В качестве объектов исследования были представлены такие страны, как: США, Швеция и Франция. В каждой из этих стран совершенно особым образом организована система здравоохранения, имеются уникальные особенности, которые возможно взять в качестве рекомендаций для дальнейшего совершенствования системы здравоохранения Республики Казахстан в целом, и в частности на уровне руководства конкретным медицинским учреждением.

Швеция – страна с наиболее высоким удельным весом в Европе в структуре населения пожилых людей. Ответственность за здоровье и медицинскую помощь в Швеции разделяет центральное правительство, окружные советы и муниципалитеты. Каждый окружной совет графства должен предоставлять населению качественное медицинское обслуживание и медицинскую помощь. Для регулирования процесса оказания платных и бесплатных медицинских услуг применяются следующие меры:

- все медицинские услуги оказываются населению в рамках единой системы здравоохранения, все медицинские услуги населению оказываются платно, а затем возмещаются в рамках установленных норм из фонда обязательного медицинского страхования;

- установлен «потолок» для объема получаемых платных медицинских услуг. Пациент не должен платить больше, чем в общей сложности 1100 шведских крон (44000 тенге) в течение года для медицинских консультаций, более 2200 шведских крон (88000 тенге) в год за рецептурные препараты. Все затраты на услуги и лекарства, полученные пациентом сверх «потолка», возмещаются государством;

- установлены рамки на стоимость медицинских услуг. плата за пребывание в больнице составляет 100 крон в день (около 4000 тенге), плата за оказание первичной медико-санитарной помощи варьируется от 100 до 300 крон (от 4000 до 12000 тенге) в зависимости от совета округа. Для посещений узкоспециализированных врачей установлен максимальный взнос в размере 400 крон (16000 тенге) [2];

- бесплатная медицинская помощь оказывается следующим категориям граждан: престарелым, людям с физическими недостатками или психологические расстройствами, а также школьникам. Частично услуги бесплатной медицинской помощи оказываются людям, имеющим хронические заболевания и пожизненное лечение, поскольку затраты на мониторинг и лечение могут быть значительными;

- в 2011 году введен Закон о безопасности пациентов, согласно которому все лица, пострадавшие от некачественного или неправильного лечения могут

получить возмещение, а также повлиять на лечение аналогичных случаев, составляя отчет о своем лечении в Реестре качества медицинских услуг;

- любое обращение пациента к врачу должно быть удовлетворено в течение 7 дней, после первоначального обследования в течении 90 дней должно быть назначено лечение или операция, согласно гарантии на здравоохранение, введенной в действие в 2005 году. Если время ожидания превышено, пациентам предлагается помощь в другом месте; стоимость, включая любые транспортные расходы, затем оплачивается их окружным советом. Статистика оценки качества оказанных медицинских услуг гражданам Швеции показывает, что в 2017 году 79,1% всех пациентов получают необходимую медицинскую помощь в течении 90 дней.

Остановимся отдельно на Реестрах качества медицинских услуг, которые представляют большой интерес как для государственного управления, медицинской индустрии, государственных и частных клиник, так и для самых пациентов. Актуальность внедрения реестров обусловлена растущим спросом на медицинские услуги для пожилых, поскольку Швеция, как и другие страны Европы отмечает демографическое старение населения. Старение населения приводит к увеличению зависимости национальной экономики от уровня расходов на здравоохранение. Расходы на здравоохранение уже значительны в зоне ЕС, составляя 6-10 % от ВВП в государствах-членах ЕС и около 8% от ВВП в большинстве стран ОЭСР [3].

Старение населения и падение рождаемости привело европейское сообщество к интенсивным дискуссиям о срочности эффективного и индивидуального медицинского обслуживания, адаптированного к быстро меняющимся условиям и растущим потребностям населения, которое также может решать демографические и другие социальные проблемы в сочетании с развитием электронного здравоохранения, послужило толчком для создания национальных и региональных реестров качества в Швеции.

Согласно разделу 31 Закона о здравоохранении и медицинском обслуживании (1982: 763), качество шведского здравоохранения и медицинской помощи должно быть систематическим, улучшаться и развиваться [3]. Работа с реестрами качества является эффективным способом выполнения этого законодательного требования.

Реестры качества собирают информацию о проблемах, медицинских услугах и результатах лечения отдельных пациентов, позволяя изучить истории болезни пациентов, а также собирать их отзывы и отзывы их родственников для того, чтобы повышать качество медицинской помощи по всем случаям, включая роды, стационарный и амбулаторный уход за больными, стоматологические услуги, прописанные лекарства, все виды диагнозов и в том числе, смертельный исход.

Реестры качества также используются для обеспечения клинических исследований, поскольку на основе совокупной информации обо всех пролеченных случае можно создать достаточный объем выборки для эпидемиологического и клинического исследования в области редких заболеваний.

В настоящее время в Швеции насчитывается около 100 национальных реестров качества, финансируемых государством и окружными советами, и множество реестров, находящихся в стадии разработки. Внедрение таких реестров стало возможным, поскольку в Швеции функционирует система уникальных идентификационных

номеров. Каждая больница или частное медицинское учреждение несет ответственность за локальный процесс регистрации данных в реестре.

Таким образом, в Швеции развит рынок платных медицинских услуг. Процесс, количество и качество оказываемых медицинских услуг постоянно анализируется и совершенствуется.

Система здравоохранения во Франции состоит из полностью интегрированной сети государственных больниц, частных больниц, врачей и других поставщиков медицинских услуг. Это универсальный сервис, обеспечивающий медицинское обслуживание для каждого гражданина, независимо от его финансовых возможностей, возраста или социального статуса. Это делает французскую систему здравоохранения очень доступной даже для иностранцев. С 2016 года новая французская система здравоохранения для иностранцев, известная как Protection Universelle Maladie (PUMA), позволяет всем жителям Франции - работающим или нет - иметь доступ к французскому здравоохранению после трех месяцев проживания [4].

Для жителей Франции является обязательным иметь медицинскую страховку, а также быть зарегистрированным у врача общей практики.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается сетью из 23 000 врачей общей практики (соотношение 1 врач на 2600 жителей). Большинство врачей общей практики являются профессионалами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью, и работают либо самостоятельно, либо в групповой практике. Все врачи общей практики во Франции подписали контракт с национальной системой медицинского страхования на предоставление своих услуг в рамках национальной службы здравоохранения по ставкам, согласованным на национальном уровне.

Граждане Франции и иностранцы могут свободно выбирать врача, а также могут проконсультироваться с любым другим врачом по желанию, но только персональный врач уполномочен направлять пациентов к специалисту или другому медицинскому работнику для получения иных услуг в сфере здравоохранения.

Специализированное здравоохранение оказывают тысячи специалистов во всех отраслях медицины, в городах по всей Франции. Специалисты взимают более высокую плату, чем врачи общей практики, но есть официальные ставки, согласованные с национальной службой здравоохранения, которые составляют основу, на которую стоимость услуг пациентам возмещаются. Некоторые специалисты, например, стоматологи, применяют тарифы, превышающие официальные ставки; в таких случаях пациенты либо получают компенсацию в соответствии со стандартной ставкой, либо они должны иметь добровольную медицинскую страховку, покрывающую затраты, превышающие официальные ставки.

Посещения специалистов во Франции оплачиваются системой здравоохранения частично или полностью (от 70% до 100%), если пациент был передан специалисту своим врачом. Граждане Франции и иностранцы могут также посещать любого специалиста, которого они хотят, без направления персонального врача общей практики; но, если они это сделают, стоимость их посещения специалиста будет выплачена только при базовом тарифе посещения, сколько бы они не заплатили.

Французская система здравоохранения финансируется частично за счет обязательных взносов на здравоохранение, взимаемых со всех зарплат и оплачиваемых работодателями, работниками и

самозанятыми; частично за счет средств центрального правительства; и частично от пациентов, которым обычно приходится платить небольшую часть стоимости большинства медико-санитарных услуг, которые они получают [5, с.20].

В большинстве случаев пациенты должны платить фиксированную ставку за любой визит к врачу общей практики. Стоимость в 2017 году составляла 23 евро за посещение (около 8000 тенге), 26 евро (9000 тенге) для посещения кабинетов, открытых ночью или в выходные дни, а также для домашних визитов. Большая часть расходов возмещается пациенту его государственным поставщиком медицинского страхования.

Службы скорой помощи являются частью национальной системы здравоохранения. Все города и крупные города имеют службу, известную как SAMU, которая является службой скорой помощи. Парамедики и медики из SAMU вызывают в случае аварии или чрезвычайной ситуации и оказывают помощь на месте, прежде чем транспортировать больных или раненых. В 2018 году во Франции введена единая телефонная линия (116 117), которая помогает пациентам найти ближайших внеурочных врачей скорой помощи.

Служба скорой помощи SAMU используется только для аварий и аварийных ситуаций. Другая рутинная работа скорой помощи осуществляется частными фирмами скорой помощи, субподрядчиками государственной системы здравоохранения.

Лекарства и фармацевтические препараты также возмещаются через систему обязательного медицинского страхования. Существуют четыре базовые ставки возмещения за лекарства: 100%, 65% (нормальный курс), 35% и не возмещаются.

Частные клиники также регулируются государством и входят в национальную систему здравоохранения. Лечение пациента в стационарной клинике бесплатно, пациенты оплачивают только за госпитальное питание и нахождение в больнице не более 18 евро (6200) в сутки.

В европейском плане французская система здравоохранения является одной из лучших в плане ВВП и средней по показателям врачей общей практики, больничных коек и медсестер. Кроме того, стоимость лекарств во Франции является одной из самых низких в Европе. Цены на лекарства во Франции на 10% меньше, чем в Великобритании, а также значительно ниже половины тех же лекарств, которые были приобретены в США.

Для получения медицинского обслуживания каждый гражданин и иностранец во Франции должен быть зарегистрирован в системе CPAM (Caisse Primaire Assurance Maladie).

Французская система здравоохранения считается одной из лучших систем здравоохранения в Европе, которая хорошо зарекомендовала себя благодаря большому количеству врачей, входящему в единую систему, низкому времени ожидания для пациента и доступным ценам.

Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки характеризуется своим лидерством в области биомедицинских исследований, новейшими медицинскими технологиями, а также недоступностью для большого количества граждан. Медицинские услуги оказываются платно на условиях добровольного медицинского страхования, стоимость полисов медицинского страхования, медицинских услуг, фармацевтических препаратов и предметов медицинского назначения высокая. Около 30% пациентов с хроническими заболеваниями тратят более 1000 долларов в качестве расходов на здравоохранение.

Высокий уровень медицинских расходов вынуждают пациентов отказываться от медицинской помощи, даже если она крайне необходима. Высокая стоимость медицинских услуг является тревожным фактором, особенно для семей с ограниченным бюджетом или без страховки. По состоянию на начало 2012 года 16% населения США были незастрахованы [6].

Общие расходы на здравоохранение в Америке в 2017 году составили приблизительно 3,5 триллиона долларов, и около 32% этой суммы - или 1,1 триллиона долларов - было потрачено на медицинские услуги. Больничные расходы в среднем составляли 3949 долл. США в день, а каждое пребывание в больнице - в среднем 15 734 долл. США.

Вследствие этого, в США развиты инструменты дополнительного финансирования медицинских услуг. Информация о возможностях финансирования медицинских услуг представлена в открытом доступе, но не все пациенты обращаются к таким инструментам, поскольку зачастую не обладают нужным уровнем образования и готовностью исследовать различные источники информации [7].

К таким инструментам дополнительного финансирования можно отнести более 35 источников, сгруппированных по следующим основным видам:

- Государственные льготы. Система Benefits.gov поможет пациенту найти государственные льготы, на которые он может иметь право после заполнения онлайн-анкеты.

- Единый путь, система United Way может предоставить информацию о медицинской помощи в конкретном регионе. Звонок на трехзначный номер 211 или переход на сайт 221.org даст пациенту информацию о службах здравоохранения в конкретном районе.

- Национальная ассоциация бесплатных и благотворительных клиник. В США, кроме государственного медицинского здравоохранения функционирует частное бесплатное здравоохранение, финансируемое Ассоциацией бесплатных и благотворительных клиник.

- Государственные программы. В каждом штате есть программы для оказания финансовой помощи в области медицинского обслуживания, медицинского страхования, получения бесплатных лекарств, временного ухода, скрининга болезней и многого другого. Поиск по штату можно осуществить на сайте NeedyMeds.org.

- Федеральная система медицинской помощи неимущим Medicaid покрывает не только роженицам, но более 40% всех родов в США финансируется именно по этой программе. Охват беременных женщин включает дородовой уход в период беременности, родов, родов и в течение 60 дней после родов.

- Закон о доступном медицинском обслуживании («Obamacare») позволяет пациенту зарегистрироваться в системе частного страхования через онлайн-магазин и получить субсидию для частичной оплаты страховки.

- Программа Donated Dental Services (DDS) предоставляет бесплатное лечение зубов людям пожилого возраста, инвалидам и другим людям, имеющим медицинские показатели. В программе функционирует 15 000 стоматологов, которые работают по всей стране.

Таким образом, несмотря на высокую стоимость медицинских услуг в США, финансирование осуществляется фрагментировано сложной структурой федеральных, государственных, местных и частных источников, что предоставляет возможность для информированных пациентов получать необходимые услуги. Задача государственных медицинских структур –

обеспечивать достаточную информированность населения о возможности получения финансирования.

В настоящее время развитие рынка платных медицинских услуг в Республике Казахстан осуществляется по пути роста практики прямых платежей в момент оказания помощи. Платная медицина в Республике Казахстан развивается через приватизацию объектов здравоохранения, ранее находившихся в государственной собственности, а также через государственные учреждения здравоохранения и частные клиники [8].

Анализ зарубежного опыта оказания медицинских услуг показал, что существуют различные способы финансирования медицинского обслуживания пациента, применяемая в Республике Казахстан система прямых платежей не является самой эффективной, поскольку пациент и врач не всегда знают, во сколько обойдется лечение пациенту и обладает ли пациент необходимыми финансовыми средствами. Кроме того, финансирование путем осуществления прямых платежей не предоставляет возможности информатизации процесса оказания медицинских услуг.

Рекомендуется, в качестве повышения эффективности, доступности и качества медицинской платных медицинских услуг:

- на первом этапе, через частные клиники и государственные медицинские учреждения – внедрять инструменты информирования населения Республики Казахстан о добровольном медицинском страховании;

- интегрировать всех поставщиков платных медицинских услуг, а также медицинские страховые компании и государство в единую систему электронного здравоохранения, с постепенным подключением возможности пациентов оставлять отзывы о лечении (по примеру Швеции). Пока нет единых национальных реестров качества и цифровизация системы здравоохранения осуществляется не повсеместно, государственным медицинским учреждениям и частным клиникам рекомендуется разрабатывать собственные информационные базы данных, предоставляющие возможность пациентам предоставлять отзывы о качестве получаемых медицинских услуг и результатах лечения;

- разработать сетку нормированных цен на услуги врачей общей практики и медицинских специалистов (по примеру Франции), а все платежи превышающие нормы, финансировать из фондов обязательного и добровольного медицинского страхования;

- разработать единую информационную базу дополнительных фондов, программ и институтов финансирования медицинских услуг для категорий граждан, которые не квотируются государством, либо квотируются, но в недостаточном объеме, например, о таких фондах, как: общественный фонд помощи онкобольным «Амила», фонд помощи детским медицинским учреждениям, детским домам, а также школам-интернатам для детей с ограниченными возможностями «Дара», добровольное Общество «Милосердие» и т.д.

Таким образом, проведенный обзор зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана показал, что в зарубежной практике имеются инструменты и механизмы организации и финансирования медицинских услуг, которые повышают доступность и качество медицинской помощи для населения и которые можно рассмотреть в качестве рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Казахстана.

Список литературы

1. Жусупов Б.С., Алимбекова Г.Т. Медицинское обслуживание населения Казахстана: реальность и оценки// Статистическое обозрение Казахстана. №9, Алматы, 2014, стр. 95
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов. – М.: ЭОТАР-Медиа, 2012, 608с.
3. Titti Mattsson Quality Registries in Sweden, Healthcare Improvements and Elderly Persons with Cognitive Impairments// *European Journal of health law* 23 (2016) 453-469
4. Ксавье Шамбар Система здравоохранения во Франции// *GIP SPSI*, 2013, 132с.
5. Исатаева Н.М. Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских организациях. – Астана, 2011, 25с.
6. Michael Saag *Positive: One Doctor's Personal Encounters with Death, Life, and the US Healthcare System*. – Texas, Greenleaf Book Group, 2014, 376с.
7. Vineet Arora, Christopher Moriates, Neel Shah *The Challenge of Understanding Health Care Costs and Charges*// <https://journalofethics.ama-assn.org/article/challenge-understanding-health-care-costs-and-charges/2015-11>
8. Кульбаева А. Медико-биологическая отрасль Республики Казахстан// АО Рейтинговое агентство РФЦА, 2016. Электронный доступ [<http://rfcaratings.kz/wp-content/uploads/2015/11/Analiz-mediko-biologicheskoy-otrasli-Respubliki-Kazakhstan.pdf>]