

К. БЕНДУКІДЗЕ, Ф.С. РЕДЕР, М. ТАНЕР, А. УРУШАДЗЕ

**РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В РЕСПУБЛІЦІ ГРУЗІЯ: ВІД РАДЯНСЬКИХ
ДЕБРІВ ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
РИНКОВІЙ ОСНОВІ**

КИЇВ - 2014

К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе

**Реформи охорони здоров'я в Республіці
Грузія: від радянської руїни до охорони
здоров'я на ринковій основі**

Київ
2014

УДК 614; 351.84

Я зрозумів, що це вирішальна мить. Якщо я зможу вбити ідею соціалістичної медицини, то в нас буде шанс піти кращим шляхом – шляхом приватної системи...

Каха Бендукідзе, колишній міністр з координації реформ

Бендукідзе К., Редер Ф.С., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. – 2014. – К.: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс». – 2014. – 52.

Переклад: Яковлев М.В., к.політ.н., доцент (НаУКМА)

Наукове редагування: Чала Н.Д., д.н.держ.упр.; Грига І.М., к.мед.н., доцент (Школа охорони здоров'я НаУКМА).

Літературний редактор: Дика Л.В., к.філол.н., доцент (НаУКМА)

Copyright © 2014 Bendukidze, Roeder, Tanner, Urushadze

All rights reserved.

ISBN: 1497422000

ISBN-13: 978-1497422001

©Яковлев М.В. – переклад

© Чала Н.Д. – передмова

ISBN 978-617-696-252-6

(переклад українською)

ПОСВЯТА:

Цю книжку присвячено всім, хто постраждав від централізованої, керованої державою системи охорони здоров'я – системи Семашка, і її завданням є подальше звільнення від неї здоров'я людей там, де ця система все ще панує.

Зміст

Вступ до українського перекладу.....	5
Передмова.....	7
Грузинська модель: ринкова система охорони здоров'я як переламна змінна в економіках, що розвиваються.....	7
Розділ 1: Система охорони здоров'я Грузії: вихідні умови.....	10
Віддаляючись від радянської системи.....	10
Корупція.....	12
Якість лікування.....	12
Наслідки для здоров'я населення.....	13
Перша хвиля реформ охорони здоров'я, 1995 – 2000 рр.	14
Економічний контекст.....	14
Контекст реформи.....	15
Стан лікарень.....	18
Потреба у реформах.....	19
Розділ 2: Хроніка реформ системи охорони здоров'я Грузії.....	22
Приватизація державних лікарень.....	23
План по лікарнях.....	24
Вимоги до тендерів.....	24
Війна.....	25
Перезапуск реформ.....	25
Реформування системи фінансування медицини.....	26
Мобілізація ресурсів.....	27
Здоров'я і страхові ваучери.....	28
Адресна допомога бідним.....	28
Положення про рівний доступ.....	29
Покращення покриття населення страхуванням.....	30
Розвиток приватного медичного страхування.....	30
Захист споживачів: послуги з посередництва.....	31
Подолання корупції через інституційні перетворення.....	32
Реформування фармацевтичного ринку Грузії.....	32
Лібералізація ринку ліків.....	33
Конкуренція як фактор зниження націнки на ліки.....	34
Результати реформ.....	34
Розділ 3: Реформа охорони здоров'я Грузії у європейському контексті.....	36
Нормування.....	37
Реформи Грузії.....	38
Модель для реформ?.....	40
Розділ 4. Інтерв'ю з Кахою Бендукідзе, колишнім Міністром Грузії з координування реформ.....	40
Інформація про авторів:.....	49
Андрія Урушадзе:.....	49
Каха Бендукідзе:.....	50
Майкл Д. Таннер:.....	50
Фредерік Сайрус Редер:.....	50
Посилання й примітки.....	51

Вступ до українського перекладу

Здоров'я народу – найвища турбота держави
Гай Юлій Цезар

Економісти звикли вимірювати ефективність економічної моделі країни за зручними макроекономічними показниками: ВВП, рівень безробіття, інфляція, бюджетний дефіцит, державний борг, надходження іноземних інвестицій. Час від часу до цих показників додають місце країни в рейтингах тощо. Але дуже рідко при оцінці економічного розвитку країни звертають увагу на показники здоров'я населення, на те, скільки країна витрачає, щоб її громадяни були здоровими. Для кожного суспільства, кожної країни громадське здоров'я – це не одноразовий статистичний показник, який використовують у Міністерстві охорони здоров'я для прийняття рішення про закупівлю ліків, чи у Міністерстві соціальної політики для прийняття рішення про допомогу інвалідам, чи у Міністерстві фінансів для прийняття рішення про бюджетне фінансування, це, насамперед, сталий базис економічної продуктивності країни, її добробуту та зростання. Отже, надзвичайно важливою є зміна парадигми мислення не тільки медиків, але й економістів, державних службовців, самих громадян, що вкладання грошей у сферу охорони здоров'я – це не витрати, а інвестування у створення фундаменту для досягнення добробуту.

З набуттям незалежності Україна намагалася реформувати охорону здоров'я і розбудувати реальні механізми для забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину. У перші роки незалежності країна була зайнята розбудовою державності, створенням державних інститутів, подоланням тривалого спаду виробництва, впровадженням грошової реформи; на потребу реформування охорони здоров'я мало хто звертав увагу. Із досягненням стабільних темпів зростання економіки та проголошенням євроінтеграції як стратегічного вектору розвитку України з'явилася надія на реформування охорони здоров'я, яке було передбачено в Концепції розвитку охорони здоров'я населення 2000 року. На її основі було розроблено Міжгалузеву комплексну програму “Здоров'я нації” на 2002 – 2011 рр. Продовження реформи галузі охорони здоров'я відбувалося на основі Дорожньої карти реформування системи охорони здоров'я, затвердженої Указом Президента N1694/2005 від 6.12.2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”. У подальшому політична нестабільність, постійна зміна урядів, обмеженість фінансових ресурсів та відсутність серед пріоритетів розвитку країни здоров'я населення призвело до загострення кризових явищ галузі. Світова фінансова криза 2008 року спричинила в Україні критичний спад економіки, як наслідок – значне скорочення бюджетного фінансування, що недофінансовану галузь охорони здоров'я поставило на межу виживання.

Наступним кроком стало розроблення концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров'я, які увійшли до Програми економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Впровадження цих реформ почалося з пілотних областей і викликало велику кількість нарікань та дискусій як з боку суспільства, так і з боку експертного середовища.

Отже, неодноразово українське суспільство стояло за крок до медичної реформи, і щоразу ці сподівання наштовхувалися на нездоланні перепони політико-економічної реальності. Однак більшість колишніх радянських республік все ж знайшли можливість провести реформи. Сьогодні вкотре суспільство стоїть на порозі реформ; з урахуванням попереднього досвіду було розроблено Концепцію оновленої системи охорони здоров'я. Опоненти проведення реформ нарікають на перенавантаженість бюджету, падіння платоспроможності населення, зміни пріоритетів державного управління у бік забезпечення обороноздатності країни тощо. Водночас досвід проведення реформ у Грузії однозначно свідчить про їх ефективність, а також дає можливість врахувати зроблені помилки. Сподіваємося, що запропонована праця надихне вітчизняних реформаторів сфери охорони здоров'я, а також додасть їм мудрості та мужності.

Чала Н.Д.

д.н.держ.упр.,

керівник Школи охорони здоров'я

Національного університету

«Києво-Могилянська академія»

Передмова

Грузинська модель: ринкова система охорони здоров'я як переламна змінна в економіках, що розвиваються

Фредерік Сайрус Редер

Витрати на охорону здоров'я зростають в усьому світі, тож виробники політики активно шукають ліків від цієї «епідемії». У більшості випадків розширення централізації та раціональніше нормування не є ефективними у „лікуванні” цієї проблеми.

Держави з більш плановими, ніж ринковими економіками особливо відчайдушно намагаються пристосувати свої системи охорони здоров'я до ринкових реалій. Більшість посткомуністичних країн все ще відстають від країн з розвиненими економіками за показниками здоров'я населення, а також потерпають від високої корумпованості системи та неформальних платежів.

Протягом останніх восьми років Республіка Грузія виробила унікальний підхід до реформи системи охорони здоров'я і станом на сьогодні їй вдалося досягти значних успіхів. Колись одна з найбільш розладнаних і найкорумпованіших країн у Європі, сучасна Грузія спромоглася стати країною з провідною системою охорони здоров'я на пострадянських теренах.

Грузія рішуче відмовилася від попередньої реформаторської парадигми поступових змін і натомість одним махом запровадила ринкові реформи – нічого подібного система охорони здоров'я цієї країни ніколи раніше не знала.

Посткомуністичні країни є гарним прикладом того, як велика частка держави та її надмірна участь у системі охорони здоров'я впливає на доступність послуг – як щодо їх фізичної наявності, так і щодо їх вартості. Централізовані і так звані «безкоштовні» системи охорони здоров'я зазвичай мають занадто загальні, глобальні бюджети на надання медичних послуг. Такий спосіб розподілу коштів, що спирається на прогнози щодо потреб населення, часто призводить до неправильного використання ресурсів, що спричинює нестачі й дефіцит у багатьох галузях охорони здоров'я. Внаслідок цього утворюються величезні черги з тривалими періодами очікування, які можна спостерігати не лише у східноєвропейських системах охорони здоров'я, але й у системах з одним платником, таких, приміром, як Велика Британія чи Канада. Відсутність приватної власності та брак стимулів породжують у результаті дуже немотивований, апатичний медичний персонал.

У таких умовах пацієнти часто опиняються в ситуації, коли вони просто не отримують вкрай необхідних їм «безкоштовних» послуг. Через це пацієнти змушені шукати можливості стимулювати лікарів та інших

надавачів послуг, щоб одержати необхідне лікування. Такими стимулами зазвичай є грошові винагороди, які називають або «неформальними платежами» або просто «хабарами».

Яскравим прикладом того, наскільки дорогою може стати «безкоштовна» медицина, є система охорони здоров'я Румунії. За оцінками Світового банку, румуни витрачають 75 % місячного доходу своєї родини на неформальні платежі під час перебування у лікарні. Опитування, проведене в рамках одного з маркетингових досліджень IMAS, показало, що 85 % румунів вважають, що вони не отримують стандартних медичних послуг, якщо не дадуть хабара медичному персоналу. Приватні надавачі медичних послуг з сучасними палатами для хворих та значно вищою якістю лікування часто беруть за свої послуги менше, ніж корумповані лікарі у «безкоштовних» лікарнях. Як наслідок, у Румунії з'явилася паралельна до державної системи система приватних лікарень, що пропонує пацієнтам набагато вищий рівень лікування і догляду за ті ж самі, а часто – й за менші гроші.

Політики у Східній Європі, особливо у Польщі, Словаччині та Чехії, усвідомили недосконалість керованих державою систем охорони здоров'я і дедалі більше відзначають важливість приватних систем надання і фінансування медичних послуг.

Республіка Грузія пережила одну з найрадикальніших медичних реформ у світі, що відбулася упродовж двох років. Колись Всесвітня організація охорони здоров'я оцінювала систему охорони здоров'я Грузії як одну з найгірших у світі. «Безкоштовні» медичні послуги надавалися в умовах тотальної корупції. Група реформаторів на чолі з Міністром економіки Кахою Бендукідзе вирішили зламати розладнану «радянську» систему єдиного платника.

Державну систему медичного страхування замінили страхові ваучери для бідних і літніх людей. Ваучери покривають вартість базового набору медичних послуг у приватній страховій компанії. Приватні страхові компанії конкурують між собою за ваучери. Решта населення може або придбати страховий поліс, або лишитися без медичної страховки. Це – особистий вибір, жодного примусу немає. У результаті цих ринкових реформ приватні страхові компанії та мережі лікарень протягом останніх трьох років побудували понад 100 медичних закладів-стаціонарів.

За п'ять років повного перезапуску системи охорони здоров'я Грузія досягла позитивних результатів для своїх пацієнтів. Такі показники здоров'я, як дитяча смертність чи очікувана тривалість життя суттєво покращилися. Частка неформальних платежів у видатках країни на охорону здоров'я знизилася з 40 % до менше ніж 5 %. За оцінками грузинських медичних експертів, завдяки реформі вартість медичних послуг знизилася на 40 %. Конкуренція та приватне підприємництво створили розмаїтий ландшафт різних лікарень, поліклінік, організацій з підтримки здоров'я, страхових

планів та дали населенню свободу вибору. Ця плюралістична й конкурентна система дозволяє потребам пацієнтів ініціювати впровадження інновацій та вдосконалень. Лібералізація грузинської системи охорони здоров'я привабила багатьох закордонних інвесторів, які не просто впорскують свій капітал у систему, але й привносять з-закордону свої знання й «ноу-гау».

До збільшення приватної частки у системах охорони здоров'я схиляються не лише економіки, що трансформуються. Швеція та Німеччина, яких часто розглядають як зразкові соціал-демократичні моделі, за останні роки сприяли значному зростанню приватного медичного сектору. Після двадцяти років приватизації прибуткові компанії володіють майже 40 % німецьких лікарень. Для порівняння: за оцінками Американської асоціації лікарень лише 20 % лікарень у США є прибутковими організаціями. Приватизація лікарень дозволила суттєво поліпшити і саму якість послуг. Також ефективнішими стали витрати коштів на лікування, що дозволило надавати кращу якість послуг за нижчу вартість.

Сумна правда полягає в тому, що країни, які експериментують з цілковитою націоналізацією медицини і збереженням її у державній власності, часто мають катастрофічно низький рівень медичного догляду й лікування, високу корумпованість галузі та нераціональний розподіл і без того кучих ресурсів. Пацієнти змушені знову і знову шукати вихід з цієї ситуації або платити за послуги, які паралельно надають приватні заклади. У відповідь на такі умови багато країн почали впроваджувати програми на посилення приватного сектору, впровадження свободи вибору та стимулювання конкуренції в галузі. Як результат, можна спостерігати вражаюче покращення і доступності, і якості медичних послуг населенню.

Ця книжка розповідає про досвід двох провідних реформаторів системи охорони здоров'я Грузії – колишнього Міністра економіки Кахи Бендукідзе та колишнього Міністра охорони здоров'я Андрія Урушадзе. Майкл Д. Таннер з Інституту Като у Вашингтоні, Округ Колумбія, доповнює публікацію зовнішньою оцінкою грузинських реформ. Досвід експертів, представлений у цій праці, має стати дороговказом на шляху успішного впровадження реформ у галузі охорони здоров'я населення для політиків у Східній Європі та за її межами.

Розділ 1: Система охорони здоров'я Грузії: вихідні умови

Андрія Урушадзе

Віддаляючись від радянської системи

Упродовж останніх десятиліть система охорони здоров'я Грузії пройшла декілька етапів перетворень. Грузія стала незалежною державою після розпаду Радянського Союзу у 1991-му р., проте, на жаль, вона успадкувала від радянських часів багато різних проблем.

До 1991 року система охорони здоров'я Грузії функціонувала за радянським взірцем, що декларував загальнодоступні та нібито безкоштовні медичні послуги. На жаль, у багатьох жителів Грузії все ще лишається ностальгія за Радянським Союзом; вони вірять, що тодішня система охорони здоров'я була добре фінансована, забезпечувала населенню рівний доступ до послуг, і в цілому мала високий морально-етичний рівень.

Протягом багатьох років радянська пропаганда співала хвалебні оди нібито найкращій у світі державній медицині та переконувала населення в неминучості перемоги цієї системи над капіталістичною. Сьогодні в результаті ретельного аналізу даних і показників по охороні здоров'я стає зрозумілим, що стагнація грузинської економіки та проблеми з її медичною сферою почалися задовго до здобуття незалежності у 1991-му р.

Ті, хто ностальгує за радянським минулим, стверджують, що охорона громадського здоров'я була одним із пріоритетів Союзу Радянських Соціалістичних Республік (СРСР), проте беззаперечні факти свідчать, що радянська система охорони здоров'я страждала від недостатнього фінансування задовго до 1990-их років. Тривалий час СРСР лишався єдиною індустріалізованою країною, в якій частка видатків від валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону здоров'я свого населення постійно зменшувалася.

У період застою за часів генерального секретаря компартії Л. Брежнєва система охорони здоров'я мала низку серйозних проблем, які особливо загострилися під час перебудови у 80-х роках ХХ ст. В останні роки існування СРСР видатки країни на охорону здоров'я становили 3 % – 4 % ВВП. Тоді цей показник становив лише половину від середніх видатків на охорону здоров'я серед країн Організації економічної співпраці і розвитку (англ. Organisation for Economic Co-operation and Development, скорочено – OECD). Частка видатків на охорону здоров'я у бюджеті СРСР знизилася з 9,8 % у 1955 р. до 6,6 % у 1965 р., потім вона скоротилася з 5,2 % у 1978 р. до 4,3 % у 1986 р.¹ Після розпаду СРСР нові незалежні держави на його теренах успадкували хронічно хвору радянську систему охорони здоров'я.

Внаслідок тривалого недофінансування система охорони здоров'я Грузії перебувала в критичному стані, що дедалі погіршувався. Незважаючи на те, що більше половини усіх медичних закладів були побудовані до 1940 р., уряд виділяв кошти на побудову нових закладів замість реконструкції чи бодай

утримання в робочому стані вже наявних. У 1988 році в країні розпочато спорудження 115 нових закладів, більшість з яких є недобудованими й досі.

Нагальною потребою перед реформами також стали нестача медичного обладнання та недоцільне використання кадрових ресурсів. У медичному секторі Грузії працювало 120 000 осіб. Показник кількості лікарів на душу населення в Грузії був одним із найвищих у світі – 1 терапевт на 197 мешканців. Недостатня кваліфікація працівників, нераціональне використання їхнього потенціалу та неправильний менеджмент суттєво знижували ефективність і результативність послуг охорони здоров'я в Грузії.²

Концепція рівності в охороні здоров'я пов'язана з ідеєю соціальної справедливості, що ґрунтується на принципах перерозподілу.³ Згідно з радянським законодавством, кожен громадянин мав рівний доступ до лікування. Насправді практично половина центрального бюджету на охорону здоров'я СРСР виділялася на фінансування так званого «четвертого відділу» Міністерства охорони здоров'я, який обслуговував виключно представників політичної еліти, яка становила менше 1 % усього населення. Решта 99 % мали жити в системі охорони здоров'я, яка на своє функціонування одержувала лише 1,5 – 2 % ВВП – частку від 3 % від 5 % видатків ВВП на охорону здоров'я в останні роки існування соціалістичної медицини.

Навіть у 2001 році частка видатків на утримання медичних закладів, що належали Міністерству внутрішніх справ Грузії, була майже втричі більша за частку видатків на утримання звичайних загальнодоступних поліклінік. Медичний сектор МВС отримував фінансування на основі роздутого й нереального бюджету, як за часів СРСР. Відповідно до правил і процедур, ці кошти могли бути використані на обслуговування медичних потреб працівників міністерства і в деяких випадках – на потреби членів їхніх сімей⁴.

На думку економіста Юрія Мальцева, урядові чиновники і керівники Комуністичної партії СРСР зрозуміли, що умовно елітарна система охорони здоров'я СРСР є неефективною в наданні медичних послуг широким масам населення ще у 1921 р., тобто через три роки після націоналізації медичного сектору, проведеної Леніним. Як наслідок, постала характерна для країн із державною медициною двосекторна система, з одним сектором, що обслуговував широкі маси населення, і другим, який опікувався бюрократами і функціонерами, і якість послуг в якому була на порядок вищою. Характерними для СРСР були випадки, коли пролетарії та селяни помирали в загальних державних лікарнях, тоді як медичне обладнання, яке могло б урятувати їм життя, простоювало у медичних закладах, зарезервованих для потреб урядової еліти.⁵

Гірка правда полягала в тому, що в нібито егалітарній радянській системі деякі пацієнти були „рівнішими” за інших.

Корупція

Неефективна бюрократична система СРСР і постійний фіскальний дефіцит були благодатним ґрунтом для корупції і сприяли створенню тіньової економіки, особливо в секторі охорони здоров'я.

Офіційно медичні послуги були безкоштовними, але насправді їх супроводжувала добре розвинена система неформальних платежів, які забезпечували належний рівень лікування. З ідеологічних міркувань заробітна плата спеціалістів-медиків була нижчою за фахівців в інших секторах народного господарства, тож неформальні платежі цю „недостачу” компенсували. У деяких випадках, „компенсації” медичному персоналу від пацієнтів здійснювалися у формі різного виду подарунків. Виводячи медичні ресурси з загальнодоступного користування, тіньова економіка працювала саме проти тих, хто потребував послуг найбільше – проти бідних.

Неформальна економіка охорони здоров'я була, на жаль, нормою для більшості республік Радянського Союзу. Більшість лікарів у радянській Естонії отримували додаткові кошти від своїх пацієнтів у вигляді подарунків чи готівкою практично регулярно.⁶ В Росії ці види додаткових платежів лікарям називали «грошима подяки». В азійських республіках СРСР корупція в медичних закладах вважалася нормою тамтешнього життя.

З західного погляду, платежі лікарям від пацієнтів сприймаються як хабарі задля отримання преференцій у доступі до належного лікування. Насправді ж неформальні платежі були по суті механізмом неофіційної оплати за послуги в радянській системі охорони здоров'я.⁷

Нелегальні платежі були не лише однією з форм корупції. Бюджетні кошти для надання медичних послуг, придбання нового обладнання, найм медичних працівників та підтримка належного рівня надання медичних послуг – усе це значною мірою залежало від хабарів і подарунків. Навіть у пострадянській Грузії ці практики були потужно розширені і навіть частково легітимізовані.

Якість лікування

На додаток до бюрократичних проблем системи охорони здоров'я, радянський підхід до медицини значно відрізнявся від західного, ґрунтованого на доказовій медицині. Суттєво різнилися діагностичні критерії, багато ліків та методів лікування були невідомі західному світові.

Методи лікування часів Радянського Союзу включали у себе надмірне використання ліків, затягнені періоди лікування, зайву кількість уколів і занижені вимоги до госпіталізації чи хірургічного втручання. Така культура надмірної діагностики і непотрібних втручань створювала ризики здоров'ю пацієнтів, робила охорону здоров'я менш доступною для населення і призводила до його зубожіння.

Відмовившись від клятви Гіппократа на початку більшовицької

революції 1917 р., радянська держава „депрофесіоналізувала” медицину, зобов’язавши лікарів передусім дбати про державні, а не індивідуальні інтереси. З крахом радянської імперії лікарі радо вітали нагоду змінити ситуацію. Проте лишилося багато тих, особливо з епідеміологічною освітою (радянський аналог „охорони громадського здоров’я”), хто все ще ностальгує за старими методами, які забезпечували ефективний контроль над захворюваністю за рахунок порушення прав людини.⁸

Наслідки для здоров’я населення

Низькій рівень інвестицій, загальний моральний занепад, неефективні спроби поліпшити діяльність медичної галузі призвели до застою і подальшого занепаду самої галузі, а також до погіршення показників здоров’я населення протягом останніх десятиріч існування СРСР. З середини 60-х років стан здоров’я населення СРСР постійно погіршувався. Згідно з даними за 1990 р., стан здоров’я населення Грузії був суттєво гіршим за середні показники по країнах Європи. Середня тривалість життя для чоловіків становила 68,1 років, для жінок – 75,7 років, порівняно з 71 років для чоловіків та 78 – для жінок у Західній Європі.

Рівень дитячої смертності (РДС) за попередні 30 років скоротився на 50 %, проте однак лишався вдвічі вищим за аналогічний показник по країнах Західної Європи. Низька якість пренатальної та неонатальної медицини призводила до того, що третина дитячої смертності припадала на перші три дні після народження. Рівень материнської смертності (РМС), за оцінками експертів, більше як учетверо перевищував показники по Західній Європі⁹.

У квітні 1991 р. Грузія офіційно проголосила свою незалежність від СРСР. Країна успадкувала систему охорони здоров’я, яка тривалий час потерпала від затяжної професійної та фінансової кризи. Економічні труднощі перших років після розпаду СРСР ще більше загострили наявні проблеми медичної галузі.

Протягом перших років незалежності Грузія формально підтримувала успадковані з радянських часів принципи „вільного” доступу до медичного забезпечення. Як наслідок, державні видатки на охорону здоров’я суттєво зменшилися. Станом на кінець 1993 р., економічна продуктивність країни скоротилася на 78 % внаслідок сильної економічної кризи, що призвела до фактично колапсу державного бюджету, через що видатки на охорону здоров’я впали до 0,8 долларів США на душу населення на рік.¹⁰ Мізерний державний бюджет був неспроможним утримувати вкрай неефективну, керовану державою систему соціалістичної медицини.

Протягом перших років незалежності медичні послуги формально фінансувалися з державного бюджету із загальних податків. На жаль, економіка країни перебувала в жахливому стані, що відповідно призводило до хронічного недофінансування системи охорони здоров’я. Через недостатнє забезпечення електричним струмом медичні заклади тривалий час

лишалися без струму, опалення і водопостачання. Офіційні зарплати медичного персоналу були радше символічними: за рік вона була меншою, ніж середньомісячний прожитковий мінімум в країні. Надходження з приватного сектору стало основним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я. Пацієнти були змушені сплачувати повну вартість багатьох послуг. Відповідно до кількох аналітичних звітів, населення Грузії сплачувало від 66 % до 78 % усіх видатків країни на охорону здоров'я зі своєї кишені. Превентивна медицина також занепала: національна програма імунізації практично припинилась на початку 1990-х рр.¹¹

Після 1991 р. показники здоров'я населення дали погіршувалися. Рівень дитячої смертності зріс на 13 %, сягнув 21,4 смертей на тисячу населення у 1993 р. Через збільшення кількості пологів удома також зріс рівень материнської смертності. Смертність від серцево-судинних захворювань зросла на 35 %, а загальний рівень смертності з поправкою на вік зріс на 18 %.¹²

Перша хвиля реформ охорони здоров'я, 1995 – 2000 рр.

Після років протистоянь і соціального неспокою парламентські вибори 1994-го р. і прийняття нової конституції нарешті сприяли становленню політичної та економічної стабільності. У відповідь на затяжну фінансову кризу в 1995 р. уряд здійснив перші кроки медичних реформ, які включали соціальне страхування, плату пацієнтів за послуги, нові виплати провайдерам послуг. Метою реформ передусім було залучення коштів до катастрофічно недофінансованої системи охорони здоров'я.

Основні реформи передбачали поступовий перехід до плюралістичних систем як фінансування, так і надання послуг. Первинна медична допомога була посилена й приватизована, лікарні й поліклініки були оновлені, були впроваджені нові умови закупівель медичних послуг і механізми відшкодування за них. Відбулося зближення систем соціального забезпечення та охорони здоров'я в результаті об'єднання міністерств охорони здоров'я та соціального забезпечення у 1999 р.

Економічний контекст

З 1993 р. до 1994 р. економічна ситуація в Грузії, як і в інших республіках колишнього СРСР, почала дещо покращуватися. Проте вже в 1997 – 1998 рр. Грузія знову потрапила в період економічної нестабільності. Тривалий тиск з боку Росії та економічна криза відкинули Грузію назад. Економічна стагнація та соціальне напруження тривали аж до 2001 р., тобто економічна рецесія в Грузії була глибшою та довшою, ніж в інших перехідних економіках.

Ціла низка різноманітних чинників зумовила разючу відмінність економічного розвитку колишніх країн-сателітів СРСР та інших країн Східної Європи в транзитивний період. Це, зокрема, корупція, невдала

приватизація, вибіркоче законодавство та географічна відстань від Європи. Сукупність цих факторів призвела до економічного колапсу та звела нанівець скромні досягнення медичних реформ 90-х років.

Контекст реформи

Реформи, що впроваджували систему оплати за медичні послуги, мали на меті зменшити кількість неформальних платежів. Сплата за послуги, не передбачені Базовим пакетом послуг (БПП) (Basic Benefit Package (BBP)), була легалізована. Також було формалізовано процедуру співоплати за деякі послуги в межах БПП. На початку БПП охоплював дев'ять федеральних і п'ять обов'язкових муніципальних програм охорони здоров'я. З часом пакет було розширено до 28 федеральних і 8 муніципальних програм. На жаль, розширення пакету не супроводжувалося необхідним збільшенням фінансування, внаслідок чого всі державні медичні програми знову опинилися в ситуації критичного недофінансування.

Для того, щоб якось відреагувати на загальну нестачу бюджетних коштів і залучити додаткові ресурси до системи охорони здоров'я, уряд Грузії запровадив нову концепцію охорони здоров'я із співфінансуванням на основі моделі соціального страхування. Цей податковий тягар мав бути розподілений між роботодавцями та працівниками (3 % +1 %). Брак коштів на соціальне страхування в цілому мав покриватися за рахунок трансферу із загальних надходжень до державного бюджету. Муніципальні фонди охорони здоров'я мали додаткові надходження коштів з місцевих бюджетів. Сума надходжень до муніципальних фондів охорони здоров'я обчислювалася на основі встановленої фіксованої суми залежно від кількості населення, що проживає у місті, і вони мали становити щонайменше 2,5 лар.¹³ На жаль, в умовах, коли більшість населення безробітні або самозайняті, а фіскальні органи є надзвичайно корумпованими, збір податків і поповнення бюджетів практично унеможлиблюється.

Видатки на охорону громадського здоров'я як частка ВВП впала з 4 % у 1991 р. до 0,7 % у 1998 р., а станом на 1999 р. вони скоротилися аж до 0,59 %. Реальні надходження коштів до бюджету на охорону здоров'я у період з 1995 до 1998 року також суттєво скоротилися. Запланований бюджет на охорону здоров'я у 1997 р. був виконаний лише на 55 %.¹⁴ У 2000 р. у річний бюджет на охорону здоров'я населення було закладено приблизно 11 доларів США на особу, проте обсяг залучених коштів був набагато меншим. Кошти, виділені на онкологічні медичні послуги у 1999 р., покривали потреби приблизно 700 пацієнтів, тоді як потребували цих послуг близько 2 100 пацієнтів.¹⁵

Низький рівень офіційних виплат працівникам, незнання реальних витрат на утримання лікарень та обслуговування населення в них створили специфічне середовище, в якому лівова частка витрат припадала на пацієнтів, що, відповідно, призводило до збільшення неформальних платежів.

Відповідно до даних Світового Банку, лише 22 % усіх видатків на охорону громадського здоров'я надходили з державного бюджету чи страхових фондів. Увесь медичний сектор був абсолютно залежним від платежів пацієнтів, що сплачували за надані їм послуги. Грузія мала найвищий показник видатків приватного сектору на медицину, що становив орієнтовно 87 % від загального обсягу видатків на цю галузь. Висока вартість медицини і охорони здоров'я призводили до зубожіння багатьох грузинських сімей.

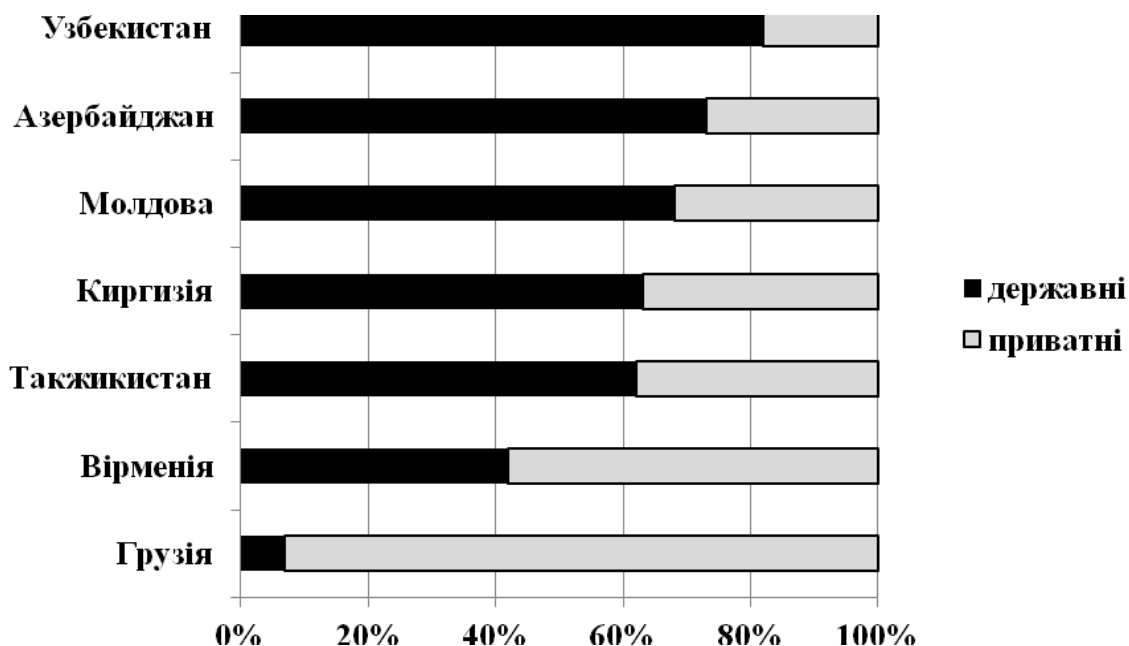


Рис. 1. Державні та приватні видатки на охорону здоров'я у країнах СНД-7 у 1998 р.¹⁶

Перекладення фінансового тягара видатків на медицину на приватні домогосподарства призвело до стрімкого зменшення доступності медичних послуг населенню та відмови від цих послуг взагалі. Лише 46 % хворих зверталися по фахову медичну допомогу, і 20 % тих, хто займався самолікуванням, робили це виключно через те, що не могли собі фінансово дозволити професійне медичне лікування.¹⁷

Восени 2001 р. для оцінки можливостей звернень до професійного лікаря впродовж попереднього року у восьми колишніх республіках СРСР були проведені кількісні кроссейкційні опитування. За даними опитування, Грузія мала найгірший показник доступності до медичного забезпечення порівняно з іншими сімома республіками.¹⁸ У Грузії майже 77,5 % респондентів повідомили про свою неспроможність дозволити візит до лікаря, і саме тут населення сплачувало найбільше за послуги у формі

неформальних платежів.

Насправді неформальні платежі лікарям і медсестрам були вкорінені у медичну традицію країн, що входили до складу колишнього СРСР ще за часів командно-адміністративної економічної моделі. Така практика почала доживати свої дні лише останнє десятиліття, проте в цілому складається враження, що до цього часу це навіть не викликало занепокоєння. Найвища ймовірність надання неформального платежу готівкою з кишені чи у вигляді подарунку була саме в Грузії і становила 65 %.

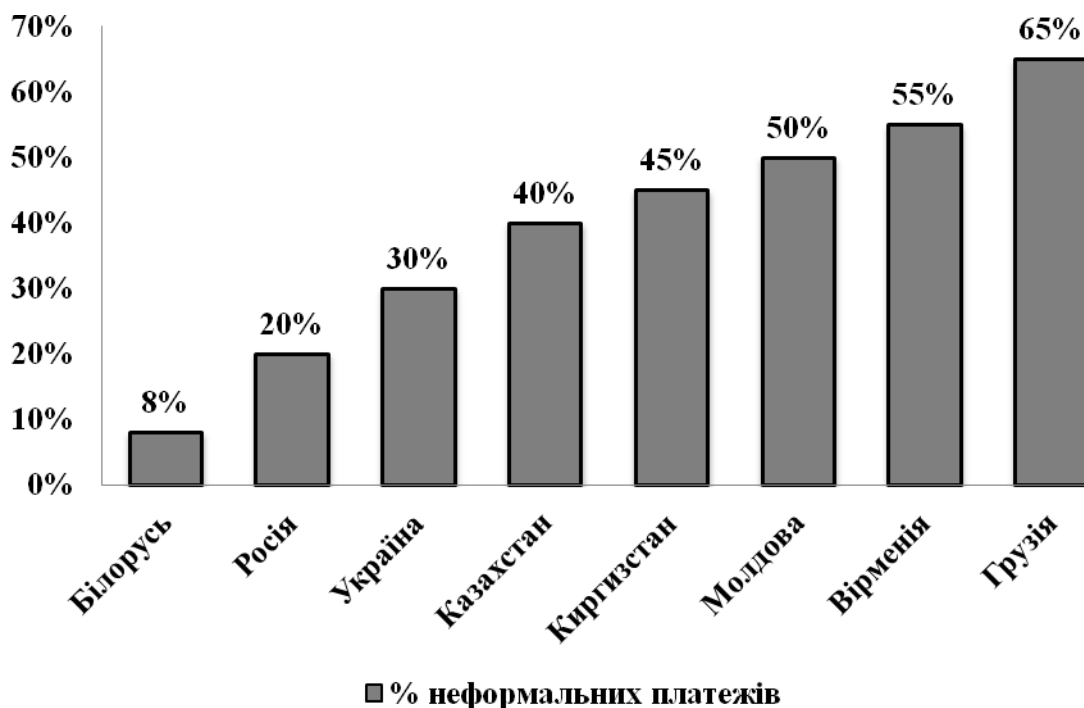


Рис. 2. Відсоток пацієнтів, які протягом останніх відвідин лікаря неформально сплачували за візит чи робили лікарю подарунок у 2001 р.¹⁹

Це ж дослідження показало, що фінансові труднощі впливали і на процес прийому в лікарнях із подальшою госпіталізацією. Кількість прийомів на рік та середня тривалість госпіталізації знизилися з 15,3 до 9,8 у 1997 р. Як наслідок, сама мережа медичних закладів, що була створена ще за радянських часів, ставала для країни дедалі обтяжливішою. Рівень заповнення медичних закладів пацієнтами становив лише 27,6 %.

Дослідження 41 лікарні, проведене у 1999 р., з'ясувало, що більшість пацієнтів не знали про офіційну вартість послуг у лікарнях, оскільки лєвова частка сплати здійснювалася у формі неформальних платежів, які становили орієнтовно 60 %. Лише 20 % громадян Грузії знали, що державний фонд частково сплачував за надання населенню медичних послуг.²⁰

Стан лікарень

Від Радянського Союзу Грузія успадкувала громіздку та застарілу інфраструктуру закладів охорони здоров'я. Потреба Грузії в сучасних лікарнях була дуже нагальною і очевидною. Вкрай неефективна, дуже ресурсномістка система, впроваджена радянськими бюрократами на кшталт Миколи Семашка, була занадто негнучкою і нездатною функціонувати в умовах ринкової економіки. Комуністичні лідери вимірювали досягнення медицини за кількістю ліжок і медичного персоналу. Як наслідок – надмірна кількість ліжок у лікарнях і роздутий штат медичних працівників. Оплата надавачам послуг також обчислювалася на основі їх внеску до системи, а не на основі стану здоров'я пацієнтів чи результатів наданих ними послуг.

Система була суттєво розбалансована, зі значним ухилом на вторинне медичне обслуговування. Основну роль у ній відігравали лікарні та амбулаторні фахівці, які працювали чи радше співіснували з недостатньо підготовленими терапевтами у межах первинної медичної ланки. Усі медичні заклади були в державній власності. Ніщо не стимулювало ані ефективність надання послуг, ані якість послуг, ані відповідальність перед пацієнтами. В умовах дуже централізованої системи управлінська автономія чи менеджерські навички були обмеженими, а медичні кадри були фахово підготовлені у межах своїх вузьких професійних компетенцій.

Кількість ліжко-місць у лікарнях, як і кількість медичного персоналу, яка вважалася необхідною для забезпечення потреб населення, були суттєво вищими порівняно із Західною Європою. Значною мірою це пояснювалося дешевою силою, але ще більшою мірою – самою суттю системи.

Роки перехідного періоду чітко показали, що сектор охорони громадського здоров'я є невід'ємною частиною соціально-економічної структури країни і не варто сподіватися, що він може лишатися недоторканим в умовах затяжної економічної рецесії та соціальної деградації.

Економічна криза в колишніх республіках СРСР призвела до значного скорочення мережі надавачів медичних послуг. Внаслідок хронічного недофінансування скоротилася загальна кількість лікарень – з 402 у 1988 р. до 272 у 1998 р. За 1998 – 1999 рр. кількість лікарів зменшилася на 20 %, медсестер – на 50 %. Попри це, Грузія в 1998 р. мала більше лікарів на 1000 населення – 3,86 – ніж інші країни Центральної Європи та колишні радянські республіки (2,49 та 3,72 відповідно).

Незважаючи на скорочення кількості лікарень на 40 %, після першого десятиріччя незалежності кількість лікарень на 100 тисяч населення в Грузії була вдвічі вищою за аналогічний показник по країнах Європейського Союзу.

У Тбілісі на 1,28 мільйона населення було 11 000 ліжок у 51 лікарні. За вимогами американської медичної системи, на обслуговування такої ж кількості населення у США необхідно мати лише 3 000 ліжко-місць. Попри велику кількість ліжко-місць, більшість грузинських медичних закладів були

неспроможними надавати медичні послуги належної якості. Будівлі перебували в занедбаному стані та практично не могли бути використані за призначенням, тобто для медичних цілей.

Навіть у 2007 р. рівень госпіталізації з невідкладною допомогою в Грузії був одним із найнижчих у європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та становив 6,3 на 100 осіб, тоді як середній показник по ЄС становив 17 на 100 і 20,7 на 100 – серед країн Співдружності незалежних держав (СНД).²¹ Середня тривалість госпіталізації з невідкладною допомогою в Грузії станом на 2007 р. становила 5,7 днів, що нижче за відповідний показник по ЄС станом на 2006 р. – 6,5 дні, і суттєво нижче в середньому по СНД станом на 2007 р. – 11 днів²²

Низький рівень реальної зайнятості лікарняних ліжок і закладів охорони здоров'я в цілому, надмірна кількість медичного персоналу, постійна нестача фінансування на підтримку громіздкої й роздутої інфраструктури – усе це зумовило потребу негайних і радикальних заходів з реструктурування медичної системи.

Згідно зі звітом грузинського офісу Трансперенсі Інтернешнл (Transparency International Georgia) по сектору лікарень Грузії за 2012 р., найчастіше згадуваними проблемами до приватизації були:

- Застаріла інфраструктура
- Неконкурентне середовище
- Невідповідність і низька якість послуг
- Слабке регулювання і впровадження
- Високий рівень неформальних платежів і корупції
- Нерівномірний розподіл медичних послуг по країні

Для оптимізації усього сектору лікарень по всій країні і досягнення зайнятості ліжок-місць на рівні 75-89 % єдиною прийнятною стратегією була ліквідація зайвої кількості ліжок-місць, що становила 45 – 50 %, з подальшою оптимізацією їх кількості і місць розташування медичних закладів. У період 1998 – 2000 рр. було зроблено кілька спроб оптимізувати кількість лікарень і вдосконалити їх, проте було б наївно сподіватися, що такі реформаторські спроби могли мати успіх в умовах глибоко вкоріненої корупції. До того ж, основні стейкхолдери не були зацікавлені у змінах.

Потреба у реформах

На початку 2000-х років потреби в реформах були очевидними. Стан здоров'я населення Грузії впродовж 10 років незалежності суттєво погіршився. Грузія була однією з небагатьох країн СНД, де важливі Цілі Розвитку Тисячоліття (Millennium Development Goals), такі як зменшення рівня ранньої дитячої смертності та материнської смертності, не демонстрували позитивних змін. За оцінками ВООЗ,²³ людина, народжена в Грузії у 2003 р., мала середню очікувану тривалість життя 71 рік: 75 років для жінок і 67 років для чоловіків. Офіційна національна оцінка середньої

тривалості життя в Грузії у 2001 р. становила 76,1 років: 78,7 для жінок і 73,5 для чоловіків. Розбіжність між оцінками ВООЗ та національними даними зумовлена передусім неврахуванням реальних показників дитячої смертності. Дані показують, що заявлений показник п'яти смертей на 1000 народжених живими у Грузії становив лише половину від реального стану речей. На превеликий жаль, подібна ситуація із заниженням реальних показників спостерігалася і в інших країнах Південного Кавказу. Заниження реальних даних по дитячій смертності переважно стосувалися смертей до однорічного віку, тому розбіжність між різними оцінками вказує на потенційне неврахування реальних показників дитячої смертності та неонатальної смертності.

На основі національних звітів по смертності та народжуваності у 2001 р., складалася така картина: із 1000 народжених живими 27,6 дітей могли померти до досягнення ними п'ятирічного віку. З поправкою на відомі недоліки та недоврахування у національних звітах і, відповідно, даних в них, ВООЗ оцінила ймовірність смертності до досягнення п'ятирічного віку на рівні 45 смертей на 1000 народжених живими. На додаток до цього, за оцінками ВООЗ, з 2000 р. до 2003 р. смертність дітей віком до п'яти років не змінилася. Відповідний показник по європейському регіону ВООЗ загалом демонстрував тенденцію до зменшення на 3,5 % щороку.²⁴

Між 1990 р. і 2002 р. рівень материнської смертності в Грузії зріс майже на 80 %, сягнувши максимального показника у 1997 р. У період з 1997 до 2002 рр. він зменшився на 22 %. Для досягнення Цілей розвитку Тисячоліття (ЦРТ) у 2015 р., згідно з оцінками ВООЗ, рівень материнської смертності у Грузії мав скоротитися ще на 86 %.

Щорічні опитування домогосподарств у Грузії з 1996-го по 2001 р. показали поширення бідності, однією з причин якої було зростання вартості медичних послуг. Багато опитувань по Грузії виявили, що пацієнти часто не зверталися до лікарень по необхідні їм медичні послуги через неспроможність заплатити за них.

У 1998 р. консультанти з дослідницької агенції США Actuarial Research Corporation розробили для Грузії Матрицю національних видатків на охорону здоров'я (National Health Expenditures Matrix), взявши за базовий показник 1997 р. із врахуванням очікуваних показників на 2000 р. Обчислення за першими матрицями показували національні видатки на рівні 312 млн. ларі у 1997 р., 87 % яких становили виплати населення з власної кишені (англ. *out-of-pocket spendings*). Видатки з приватних коштів населення включали і фінансову участь населення у співфінансуванні державних програм, і прямі платежі за послуги, які не покривалися державними програмами, і неформальні платежі за ті послуги, які державними програмами покривалися.

Результати опитування Державного департаменту статистики, проведеного у 2000 р., показали, що 65 % медичного лікування в Грузії були або самолікуванням, або безкоштовними послугами з боку родичів чи

сусідів, 3 % – невідкладна медична допомога, 14,9 % – амбулаторне лікування та 5,7 % – лікування у стаціонарі. Приватний сектор надавав 10,4 % послуг. Обсяг послуг, які надавала держава, був відносно обмеженим і становив 24,6 %. У Грузії серед госпіталізованих незаможні громадяни сплачували 70 % доходу свого домогосподарства на один випадок перебування і лікування у стаціонарі; ті ж, хто належали до групи «не бідні», сплачували 60 %. 40 % домогосподарств з квантиля найбідніших громадян повідомляли, що їм доводилося позичати гроші чи продавати нерухомість, щоб сплатити за медичні послуги. Узагальнюючи, можна стверджувати, що впродовж 1990-х рр. виникла система різної нерівності за станом здоров'я залежно від рівня доходу. Люди з низьким прибутком страждали від вищого рівня захворюваності і смертності, як видно з таблиці 1.

Таблиця 1. Рівні захворюваності та смертності у групах населення за рівнями доходів, 1997 р.

середній щомісячний дохід; ларі	рівень захворюваності на 1000 осіб; осіб	рівень смертності на 1000 осіб; осіб
< 30	82	36
30 – 50	27	27
50 >	8	2

Грузія мала найнижчий рівень користування медичними послугами в європейському регіоні та в регіоні Центральної Азії: менше двох амбулаторних візитів на душу населення і п'ять відвідин стаціонару на 100 осіб населення. Захворіти – означало мати високу ймовірність стати бідним, оскільки на 10 % більше ставало тих, хто за рівнем статків опинявся нижче рівня бідності, сплативши за госпіталізацію та лікування в стаціонарі.

Після провалу першої хвилі медичних реформ грузинська система охорони здоров'я, яка і без того була вкрай бездарно керована, фактично перебувала у стані колапсу. Ентузіазм громадськості щодо змін у системі охорони здоров'я змінився на розчарування.

Таблиця 2. Відомості про систему охорони здоров'я Грузії станом на 2002 р.

Рівень материнської смертності за 1990 – 1997 роки зріс на 45 %
Смертність від серцево-судинних захворювань зросла на 35 %
Загальний рівень смертності з поправкою на вік зріс на 18 %
Знизилася очікувана тривалість життя
Дитяча смертність зросла з 7,6 у 1980 р. до 20,1 у 2002 р.
Материнська смертність зросла з 36,0 до 46,6 у 2002 р.
80 – 85 % платежів за медичні послуги надходять з власної кишені пацієнтів
Надмірна і застаріла інфраструктура закладів охорони здоров'я: 951 амбулаторій, 114 клінік-стаціонарів, 512 фельдшерсько-акушерських пунктів, з яких лише 5 % мали базове медичне обладнання
22 491 лікарняних ліжко-місць (488,5 ліжко-місць на 100 000 населення, 740 ліжко-місць на 100 000 населення у м. Тбілісі) станом на 1999 р., із показником зайнятості 28 % по лікарнях станом на 1996 – 1997 рр.
Навантаження на одного лікаря: 1,2 пацієнти на добу
Нерівність у доступі до медичних послуг у сільській і міській місцевостях, між різними соціальними групами
Незадоволений медперсонал, який втрачає свої професійні навички, отримує зарплату на рівні до 20 ларі на місяць у 2003 р. (\$10) і сильно залежить від неформальних платежів

Розділ 2: Хроніка реформ системи охорони здоров'я Грузії

Андрія Урушадзе

Якщо перефразувати графа Толстого, кожна система охорони здоров'я нездорова по-своєму. Попри те, що різні системи охорони здоров'я мають однакові проблеми (наприклад, рівність, ефективність, якість, безпечність, успішність лікування), кожна країна вирішує їх по-своєму, спираючись на свій унікальний соціальний, економічний, політичний і культурний контексти.

До 2003 р. Грузія пережила низку непоганих за своїми задумами реформ, які, втім, не були реалізовані належним чином. Теоретично вони були чудовими, але практично виявилися непридатними. На жаль, впродовж перших років незалежності від СРСР у 1990-х рр. Грузія не змогла покращити поганий стан здоров'я населення, успадкований з радянських часів.

Незважаючи на велику кількість доказів суттєвих недоліків системи державної медицини, опоненти реформ вперто продовжували критикувати запровадження у медичній галузі ринкових механізмів. «Приватизація охорони здоров'я – це не просто неправильно», стверджували вони, «це – нелюдяно й аморально. Здоров'я людей не може бути предметом отримання вигоди». На щастя, політики змогли збагнути хибність таких аргументів.

За дуже стислий проміжок стара радянська система, яка завдала катастрофічної шкоди стану здоров'я населення, була заміщена новозбудованими і добре устаткованими, сучасними лікарнями. Швидко з'явилася система приватного медичного страхування. Половина громадян Грузії одержала медичну страховку за кошти державного бюджету.

Уряд Грузії спромігся радикально трансформувати систему охорони здоров'я, здійснивши великий стрибок від прямого надання медичних послуг у державних закладах за кошти державного бюджету до системи, основаної на ваучерах прямого фінансування користувача медичних послуг, переважно приватних закладів охорони здоров'я. Починаючи з цього моменту, сектор охорони здоров'я почав розвиватися на основі конкурентних умов і намаганні надавачів послуг максимізувати свої прибутки шляхом надання послуг вищої якості.

Мінімізувавши роль влади в щоденному керуванні провайдерами медичних послуг, Міністерство охорони здоров'я разюче зменшило вартість усього бюрократичного апарату на обслуговування медицини, що зробило корупцію в ній справді маргінальним явищем. Застарілі правила ліцензування були замінені зрозумілим і прозорим регуляторним середовищем.

Уряд також почав швидко затягувати паски, різко знизивши адміністративні видатки. Більшість державних агенцій були або об'єднані, або ліквідовані, що дозволило зменшити штат міністерств на 60 % і мінімізувати бюрократію. Усі агенції, діяльність яких пов'язана з охороною здоров'я, переїхали в одну будівлю, звільнивши тисячі квадратних метрів державної власності у столиці Тбілісі для використання з комерційною метою.

Нова система охорони здоров'я віддзеркалює численні позитивні зміни в економіці й політиці Грузії, які стали наслідком Революції троянд. Прогрес в охороні здоров'я був частиною рішучих ліберальних реформ країни, які звільнили галузь від монополії держави і дозволили їй одержати вигоду від співпраці державного і приватного секторів. Справді, вдала трансформація галузі охорони здоров'я була однією з багатьох успішних реформ уряду Грузії, які були запроваджені задля створення нового соціально-економічного порядку сприятливої ринкової конкуренції.

Приватизація державних лікарень

План уряду Грузії січня 2007 р. під назвою «100 нових лікарень» мав ефект потужного вибуху, який суттєво змінив увесь ландшафт закладів охорони здоров'я. Пропозиція повністю приватизувати лікарні була справді шоковою терапією для практично зруйнованої інфраструктури лікарень. Після років нерішучості уряд нарешті повідомив стейкхолдерів про свої серйозні наміри створити якісно інші лікарняні заклади.

План реформування лікарень, підготовлений Міністерством з

координації реформ на чолі з Кахою Бендукідзе, був коротким і чітким:

*Ми маємо надмірну й застарілу медичну інфраструктуру, неефективну модель фінансування та неадекватну регуляторну систему. Лікарі, пацієнти, суспільство – усі незадоволені нинішньою ситуацією. Щодо потреб у реформах ми маємо консенсус громадськості. 100 нових лікарень по всій країні, покращений доступ до високоякісних медичних послуг, покращений стан здоров'я населення – це те, що ми очікуємо протягом трьох років після імплементації наших реформ.*²⁵

Пан Бендукідзе запропонував план ґрунтовного переформатування медичних послуг по всій країні. Він стверджував, що передача галузі охорони здоров'я до приватного сектору дозволить збільшити конкуренцію, розширить можливості вибору для пацієнтів, і, відповідно, приведе до надання медичних послуг високої якості.²⁶

План по лікарнях

У січні 2007 р. уряд Грузії ухвалив Генеральний план розвитку лікарень країни, відповідно до якого передбачалася повна заміна тодішньої інфраструктури лікарень і поліклінік впродовж трьох років у період з 2007 р. до 2009 р. шляхом передачі права власності від держави до приватного сектору. Згідно з умовами плану, приватні інвестори мали забезпечити Грузію 100 новими лікарнями та 7 800 новими ліжко-місцями (з яких 4 185 – у Тбілісі і 3 615 – в регіонах).

Цей план був інноваційним, оскільки він не просто декларував початок реформ, але й представляв фінансові й технічні деталі його реалізації. Очікувалося надходження 200 млн. доларів США у вигляді інвестицій у медичну нерухомість впродовж перших двох років і до 700 млн. доларів – протягом наступних п'яти. Загальна сума інвестицій, необхідних на повноцінне переустаткування усього лікарняного сектору в Грузії становила 1 мільярд доларів США, що станом на 2007 р. становило майже 10 % ВВП Грузії.

Генеральний план визначав загальну здатність лікарень покрити своїми послугами потреби населення Грузії на основі оптимального розташування медичних стаціонарів у 45-хвилинному радіусі досяжності. Уряд також запровадив нові стандарти ліцензування лікарень і поліклінік.²⁷ Тогочасні надмірні дозвільні регулювання були замінені на чіткі й передбачувані правила, що створили умови, сприятливі для розвитку охорони громадського здоров'я. Кількість видів підприємницької діяльності, які мали підлягати ліцензуванню та отриманню дозволів, було скорочено на 84 %.²⁸

Вимоги до тендерів

Лікарні мали бути різними за розмірами, від 15 до 25 ліжко-місць у районах²⁹, де понад 100 мешканців, у регіональних центрах і великих містах.

Мінімальною вимогою було 50 квадратних метрів на одне ліжко у малих лікарнях і 75 квадратних метрів на ліжко у великих лікарнях. Ці вимоги-мінімуми були спрямовані на обмеження надмірних інвестицій у лікарняний сектор і на забезпечення стабільності цін у приватизованій системі.

Найважливішим є той факт, що уряд не мав на меті одержання жодної вигоди від приватизації лікарень і поліклінік. Інвестори переобладнували лікарні у Тбілісі та в регіональних центрах для того, щоб створити в них мінімальну кількість ліжко-місць, як того вимагали умови тендерів. Після цього лікарні переходили у власність інвесторів під зобов'язання надавати домовлений набір медичних послуг щонайменше протягом семи років. Дотримавшись умов тендерів, інвестори могли використовувати будь-яку ще не задіяну нерухомість чи устаткування старих лікарень і поліклінік для своїх комерційних цілей.

Війна

Російсько-грузинська війна серпня 2008 р. змусила внести суттєві зміни до планів приватизації. Вартість війни як такої і подальший економічний спад призвели до банкрутства багатьох інвесторів. Більшість з них не змогли знайти достатньо фінансових ресурсів на побудову нових лікарень у розореній країні.

Один із інвесторів у Нову лікарню Каха Окріашвілі згадує про ті сумні часи: «У серпні, у дні російського військового вторгнення, я попросив кранівника продовжувати працювати. Я знав, якщо він перестане працювати, це посіє паніку серед сімей, що мешкали довкола будівельного майданчика».

Нова лікарня, сучасна клініка на 450 ліжко-місць у Тбілісі, була одним із небагатьох успішно реалізованих проектів на першому етапі приватизації. Понад 20 млн. євро інвестувала приватна компанія PSP Georgia на перебудову практично зруйнованої будівлі Інституту неврології та хвороб ока.

Шок, спричинений війною, економічна рецесія, яка за ним послідувала, спричинили скорочення закордонних інвестицій, тому приватизація лікарень і поліклінік провалилася.

Перезапуск реформ

У квітні 2010 р. процес приватизації лікарень і поліклінік було перезапущено. Уряд змінив умови державного медичного страхування.³⁰ Уся країна, крім столиці, була поділена на 26 округів охорони здоров'я. Страхіві компанії було запрошено взяти участь у тендері на надання програм страхування найбільшій групам населення у відповідних округах. Страхіві компанії, які погодилися взяти участь у тендері, приймали зобов'язання відремонтувати або збудувати й утримувати лікарні у своїх округах.

Станом на кінець 2013 р. було відкрито до 150 нових лікарень і поліклінік різних розмірів, більшість з яких були збудовані на кошти

приватних інвесторів з Грузії та з-за кордону, зокрема з Австрії, Канади, Ізраїлю, Чехії та Великої Британії.

Реформування системи фінансування медицини



Рис. 3 Еволюція трансформаційних змін системи фінансування медицини в Грузії

На початку 2000-х років медична система Грузії перебувала на порозі катастрофи вже вдруге за десять років. Часто лікарі були змушені просити пацієнтів приносити з собою медикаменти і медичні засоби, оскільки не мали достатньо коштів на базове забезпечення. Через стагнацію економіки та збільшення дефіциту бюджету зарплати медичному персоналу були заморожені, включно з пенсіями та іншими соціальними виплатами. Відповідно до даних Національної асоціації охорони здоров'я Грузії, частка приватних витрат від усіх витрат на охорону здоров'я зросла з 84 % до 88 % у період з 2001 по 2003 рік. Як видно з даних таблиці 3, частка фінансування з центрального бюджету усіх витрат на охорону здоров'я знизилася з 64 % у 2002 р. до 49 % у 2003 р. Механізми приватних виплат були занадто слабкими, щоб відігравати значну роль у системі охорони здоров'я. Ринок приватного страхування залишався нерозвиненим і був неспроможним робити суттєві фінансові вливання до медичної системи.

Таблиця 3. Фінансування охорони громадського здоров'я у Грузії
у 2001 р. та 2010 р.

Фінансування охорони громадського здоров'я	2001	2010
Частка загальних витрат на охорону здоров'я у ВВП, %	7,8	10,2
Частка витрат на державну охорону здоров'я у ВВП, %	1,1	2,4
Частка приватних витрат на охорону здоров'я у сукупних витратах на охорону здоров'я, %	76,7	74,0
Загальні щорічні витрати охорони здоров'я на душу населення в доларах США	66\$	270\$

Мобілізація ресурсів

Першим кроком з низки заходів з реформування системи фінансування медицини було скасування податку на соціальне страхування. Податок з заробітної плати покривав менше 5 % усіх видатків на охорону здоров'я, яка переважно фінансувалася за рахунок приватних коштів з кишені пацієнтів. Високий рівень безробіття та низький рівень зарплат у поєднанні з низьким рівнем податків призводили до мізерних фінансових надходжень до системи, оскільки більшість населення, як і сама економіка країни, перебували у тіньовому секторі. Ці фактори доповнювали корумпованість державного сектору та адміністративна неспроможність повноцінно поповнювати бюджет країни за рахунок податків. Уже за п'ять років після запровадження соціального податку на зарплату уряд зрозумів його неефективність.

У 2005 р. урядові внески до системи страхової медицини було скасовано разом із більшістю податків із надмірного їх переліку у податковому кодексі. Сьогодні в Грузії є лише шість податків, що робить її четвертою в світі країною за найменшим рівнем податкового тягаря.

Успіхи уряду у подоланні корупції та стимулюванні економічного розвитку почали швидко давати позитивні результати. Постійні проблеми з недофінансування системи охорони здоров'я та затримка виплат з державного бюджету, які роками сприймалися у Грузії як даність і частина реальності, скоро стали історією.

Починаючи з 2004 р., уряд почав суттєво збільшувати видатки на фінансування охорони здоров'я, хоча порівняно з іншими розвиненими країнами частка видатків на охорону здоров'я як відсоток від ВВП була низькою. У 2003 р. видатки з державного бюджету на охорону здоров'я становили лише 0,6 % від ВВП. До 2010 р. ця частка зросла до 1,8 %. Видатки на охорону здоров'я на душу населення зросли з 74 доларів США у 2003 р. до 256 у 2009 р.³¹

Здоров'я і страхові ваучери

Парламент Грузії вдався до нових реформаторських кроків, ввівши 29 червня 2007 р. ваучери як інструменти фінансування індивідуальних витрат на індивідуальне медичне забезпечення. Фінансування на ваучерній основі замінило державні закупівлі як первинний інструмент, за допомогою якого громадяни могли одержати доступ до фінансованої державою системи охорони здоров'я.

Страховий медичний ваучер був прив'язаний до індивідуального рахунку, за допомогою якого кожен громадянин міг придбати медичні послуги он-лайн або безпосередньо у медичному закладі. Новий закон визначав основні принципи і характеристики ваучерної системи фінансування.

Таблиця 4. Основні принципи ваучерної системи фінансування

• Персоналізація
Бенефіціарієм ваучера може бути окрема особа або група осіб, наприклад, родина.
• Свобода вибору
Бенефіціарії ваучера мають право обирати постачальника медичних послуг чи страхову компанію
• Недопущення дискримінації
Бенефіціарії ваучера мають право на одержання медичних страхових послуг без жодної дискримінації на основі рівня доходу, віку чи стану здоров'я.

Адресна допомога бідним

Дефіцит державного бюджету, хронічна нестача коштів, вкрай неефективне управління усією системою охорони здоров'я призвели до невиконання державою одного зі своїх найголовніших обов'язків щодо піклування про здоров'я своїх громадян, а саме – захист населення від зубожіння внаслідок надвисокої для нього вартості лікування. Через широке поширення незаконних платежів малозабезпечені родини сильно потерпали від непосильної для них вартості медичних послуг.

У 2006 р. уряд здійснив кілька реформаторських кроків з метою надання адресної медичної допомоги малозабезпеченим громадянам. Алгоритм надання допомоги починався з оцінки фінансового стану тих громадян, які належали до групи малозабезпечених і найбільше потребували захисту й підтримки. Другим кроком була заміна субсидій, що обчислювалися на основі пропозиції послуг у системі медичної допомоги, на субсидії, які

розраховувалися за оцінкою потреб, що дозволило зменшити вартість страхування для уразливих груп населення. По-третє, завдяки приватизації, надання медичних послуг було передано приватному сектору економіки.

Перші бенефіціарії безкоштовних медичних страхових ваучерів обиралися на основі тесту, що оцінював фінансовий стан громадян. Розвиток цільової соціальної допомоги і монетизація соціальних вигід стала можливою в результаті успішних реформ соціального забезпечення, проведеного урядом Грузії між 2004 р. і 2006 р.³² Ці реформи були частиною глобального плану країни з подолання бідності через реформу соціального забезпечення, який називався Урядова програма економічного розвитку і зниження бідності.

У липні 2007 р. Прем'єр-міністр Грузії підписав наказ, що визначав умови страхування за страховими ваучерами для мешканців м. Тбілісі та Імеретії, які живуть за межею бідності.³³ Цей наказ став вихідним пунктом у практичній реалізації намірів уряду покращити фінансовий доступ до послуг з охорони здоров'я для сімей, що живуть за межею бідності, та забезпечити їх від повного зубожіння від витрат на медичні послуги.

Відповідно до цього наказу, більше як 180 000 бенефіціаріїв одержали фінансовану державою медичну страховку загальним бюджетом у 17 млн. ларі.³⁴ Пілотна програма мала на меті перевірку дотримання умов і відповідності страхування, а також його адміністративних механізмів перед впровадженням такої форми страхування по всій країні.

Будь-який ліцензований страхувальник (за винятком страхувальників життя) могли брати участь у цих програмах. Для цього страховій компанії необхідно було зробити офіційну заяву, в якій вона зобов'язувалася діяти відповідно до рішення уряду. Рішення уряду визначали умови участі страхувальників у страхових програмах та їхні обов'язки. Це було зроблено для мінімізації ризиків, що можуть виникати в системах охорони здоров'я, які передбачають співпрацю з прибутковими комерційними організаціями.

Положення про рівний доступ

Відповідно до грузинського законодавства, страхові організації були змушені забезпечити усіх бенефіціаріїв рівним доступом до страхування, без будь-якої дискримінації. Страхувальникам заборонено відмовляти у видачі страховки з будь-якої причини, відмовляти у подовженні страховки з будь-якої причини, а також скасовувати дію страхового полюса чи відмовлятися від виконання своїх страхових зобов'язань.

Страхові організації не мають права вимагати додаткових платежів під час дії страхового полісу. Страхувальники не мають права надавати власникам страхових полісів меншу кількість послуг ніж та, яка заявлена в умовах страхування, проте вони можуть запропонувати більше послуг.

Завдяки реформам стара система розмитих обіцянок державного фінансування програм охорони здоров'я була замінена чітким регулюванням обсягів медичних послуг і чіткими вказівками, які послуги покриваються, а

які – ні. Для забезпечення чесного і справедливого фінансування, премії по страховках розраховувалися на основі рекомендацій Грузинської асоціації страховиків. Кількість бенефіціаріїв, які покривала державна медична страховка, станом на 2010 р. становила 900 000 осіб. Завдяки реформам системи охорони здоров'я в Грузії доступ найуразливіших груп населення до базових медичних послуг значно покращився.

Покращення покриття населення страхуванням

З 2007 р. до 2011 р. залучення до страхової медицини за рахунок державного бюджету було розширено на мобільні всередині країни групи осіб: викладачів шкіл державної форми власності, поліцейських і солдатів. Першого вересня 2012 р. уряд здійснив ще одне розширення медичного страхування за рахунок коштів державного бюджету, охопивши додатково ще один мільйон громадян, а саме: пенсіонерів, студентів вищих навчальних закладів, дітей віком до шести років, а також громадян до 18 років з обмеженими фізичними можливостями. Включно з тими категоріями населення, які вже були охоплені державним медичним страхуванням, загальна частка громадян Грузії, які були застраховані за кошти державного бюджету, становила 50 % населення. Часта передплачених медичних послуг зросла з 5 % до 45 %.³⁵

Розвиток приватного медичного страхування

Розвиток страхування за рахунок коштів державного бюджету створював для страхової галузі Грузії як нові виклики, так і нові можливості. Медичне страхування стало галуззю з найбільшими темпами розвитку. До 2006 р. приватне медичне страхування не відігравало практично жодної ролі в системі охорони здоров'я Грузії, оскільки лише 40 000 осіб були застраховані у приватних, переважно групових, страхових програмах. У 2009 р. було запроваджено програму «дешева страховка за 5 ларі», яку реалізовувала держава і яка була субсидійована за кошти державного бюджету, щоб покрити програмами медичного страхування ті категорії населення, які до цього не були включені до повністю фінансованих державою програм. Програма мала на меті «покращити фінансову доступність медичних послуг громадянам Грузії шляхом стимулювання їхньої участі у програмах добровільного страхування».³⁶ Ця страховка покривала вартість невідкладної допомоги в екстренних випадках, 50 % невідкладної допомоги в неекстренних випадках, ургентну амбулаторну допомогу, необмежену кількість відвідин лікаря-терапевта первинної ланки, а також обмежену кількість лабораторних тестів та діагностичних обстежень на рівні первинної медичної допомоги. Лікарські засоби страховка не покривала. Річна премія становила 60 ларів³⁷, з яких дві третини, тобто 40 ларі, покривала держава, і лише третину – учасник страхової програми. Право на участь у цій програмі одержали всі громадяни і резиденти Грузії

віком від 3 до 65 років. Уряд очікував, що участь у ній візьмуть від 300 000 до 500 000 осіб. На жаль, цю страховку придбало лише 122 000 осіб, орієнтовно 3 % усього населення країни. Програма виявилася не дуже привабливою через незначну кількість послуг, яку вона покривала, а також широкопоширену недовіру до страхової галузі як такої. З іншого боку, на щастя, ця ситуація стала шансом для приватних страхових компаній запуснути пілотні індивідуальні страхові плани. За період з 2009 р. до 2012 р. приватне медичне страхування стало одним із найбільш динамічних ринків. За цей період покриття медичною страховкою зросло з 40 000 до 450 000 осіб.

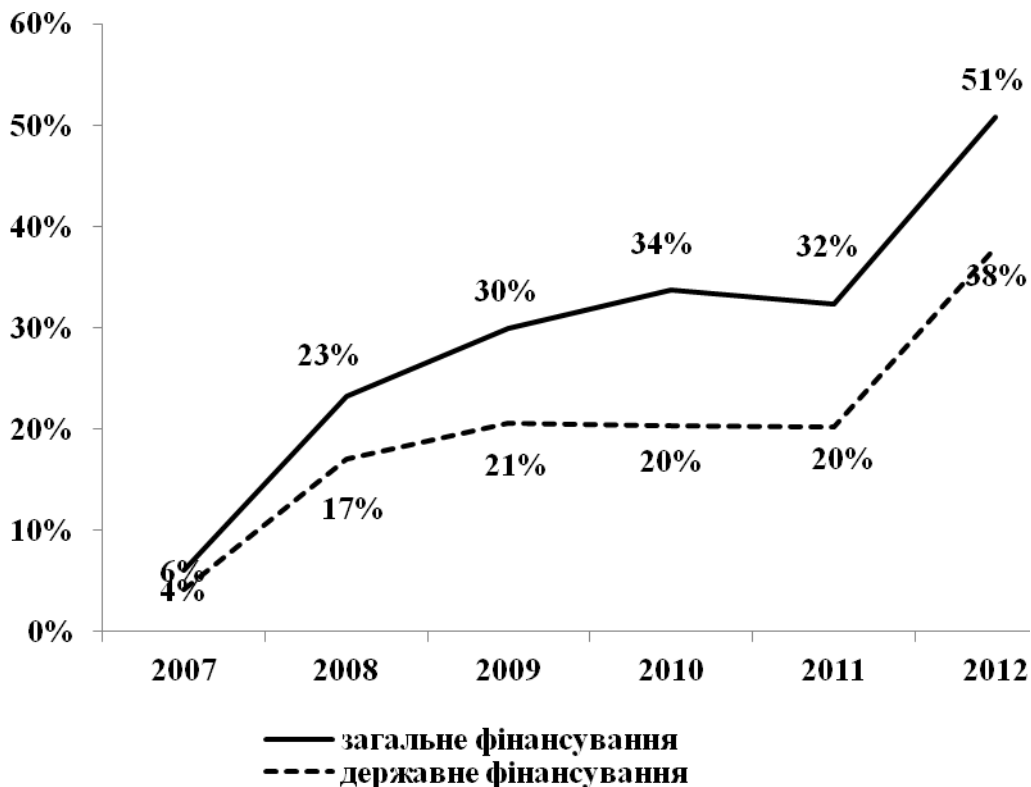


Рис. 4. Частка населення з медичною страховкою

Захист споживачів: послуги з посередництва

Передача відповідальності за фінансування охорони громадського здоров'я приватному сектору вимагала від державних регуляторів постійного моніторингу діяльності приватних страхових компаній для захисту інтересів населення.

Швидкий перехід від традиційної, керованої державою системи охорони здоров'я до моделі приватного медичного страхування міг призвести до конфліктів і непорозумінь. Через низьку обізнаність населення зі страхуванням багато конфліктів виникали через неправильне розуміння самих формулювань у страхових полісах. Більше того, звернення до суду в таких справах вимагали б багато часу і грошей, особливо для

малозабезпечених громадян, що живуть за межею бідності. Для розв'язання конфліктних ситуацій і вирішення непорозумінь уряд створив службу з посередництва і колл-центр для надання відповідей населенню, який почав працювати у травні 2008 р.

У 2012 р. Міністерство праці, охорони здоров'я і соціальних справ створило Службу посередництва (СП).³⁸ СП розглядає суперечки, що виникли після 1-го березня 2012 р. між пацієнтами та страховими компаніями, страховими компаніями і провайдерами медичних послуг, а також між пацієнтами і провайдерами медичних послуг.

Конфліктні ситуації мають стосуватися надання медичних послуг, що здійснюються в межах програм охорони здоров'я, фінансованих з державних чи місцевих бюджетів. СП розглядає справи за погодженням сторін. Рішення СП є обов'язковими для обох сторін і можуть бути оскаржені в суді відповідно до чинного законодавства Грузії.

Подолання корупції через інституційні перетворення

Грузія, як і всі інші республіки колишнього СРСР, успадкувала неефективну епідеміологічну систему радянського зразка, з притаманною їй корумпованістю, невмотивованим і погано кваліфікованим персоналом. Більшість державних лабораторій внаслідок хронічної нестачі коштів були вкрай погано обладнані і перебували практично у стані занепаду.

У 2007 р. уряд Грузії почав вживати заходів з приведення застарілої радянської санітарно-гігієнічної системи у відповідність до стандартів XXI ст. У 2006 р. було ліквідовано Державну санітарно-епідеміологічну службу (ДСЕС). ДСЕС була найбільш корумпованою структурою Міністерства охорони здоров'я, яка мала перевіряти дотримання санітарних стандартів на ринках та підприємствах. Її інспектори були найспритнішими збиральниками хабарів з підприємців і власників бізнесу.

Після 2007 р. відповідальність за контроль за станом здоров'я населення було покладено на місцеві органи влади. Ця діяльність оплачувалася платежами цільового призначення з державного бюджету. За цих умов місцеві органи охорони здоров'я були підпорядковані місцевим органам влади, однак основні санітарно-гігієнічні види діяльності, такі як, приміром, інспекції, оплачував центральний уряд. Варто зазначити, що Грузія – єдина з пострадянських країн, яка запровадила таку модель. Усі інші країни зберегли бюрократичну систему часів СРСР без відчутних організаційних змін.³⁹

Реформування фармацевтичного ринку Грузії

У Грузії доступ до лікарських засобів ще далеко не є загальним. За даними опитувань, неможливість сплатити за ліки є однією з найбільших проблем домогосподарств Грузії. Попри це фармацевтичні компанії одержали багато вигід від ринкових реформ. Фармацевтичний ринок Грузії зріс з приблизно 57 млн. доларів США у 2001 р. до 245 млн. доларів у 2011 р.

Розвиток фармацевтичної галузі супроводжувало різке зростання витрат домогосподарств на медичні засоби. Частка таких видатків по домогосподарствах Грузії вища, ніж у більшості розвинених країн. Видатки домогосподарств на одну особу зросли на 85 %, стрибнувши з 105 ларі у 2007 р. до 194 ларі у 2010 р.⁴⁰ Придбання медичних засобів становило 60 % витрат домогосподарств станом на 2010 р. Цей показник вчетверо вищий, ніж середній показник по більшості країн ОЕСР, який становить приблизно 15 %.⁴¹ Сьогодні Грузія витрачає 4 % свого ВВП на медикаменти, що вдвічі більше, ніж у США, країні з високим рівнем споживання фармацевтичних засобів. Більше того, роздрібне споживання на душу населення в Грузії залишилося достатньо низьким, на рівні 35 доларів США на рік, порівняно до 62 доларів в Україні, 99 доларів у Росії та від 200 до 400 доларів у Європі.⁴²

Згідно з даними проведеного у 2010 р. фондом Curatio International дослідження наявності й доступності фармацевтичних засобів у Грузії, лікарські засоби брендированих виробників у Грузії були зазвичай суттєво дорожчими, ніж у ЄС. Разом з тим, генерики у Грузії були дешевшими, ніж у ЄС.

Домінування на ринку кількох компаній призвело до високих націнок до вартості медикаментів, що пояснює їх високу ціну і, відповідно, високу частку видатків населення на медичні засоби. Окрім цього, низка інших чинників створювали проблеми на фармацевтичному ринку, зокрема, поширена практика самолікування та вигоди, які отримували лікарі від фармацевтичних компаній за приписування надмірної кількості медикаментів своїм пацієнтам.

Лібералізація ринку ліків

У листопаді 2009 р. уряд почав вдаватися до попереджувальних заходів задля зниження практично недоступних для населення цін на фармацевтичну продукцію. Поправки до Закону про ліки та фармацевтичне регулювання, які усували торгові бар'єри, були запроваджені для збільшення конкуренції на ринку та розширення імпорتنих можливостей для компаній.

Нова фармацевтична політика мала три головні завдання. По-перше, спростити імпорт ліків, які дозволено продавати в інших індустриально розвинених країнах. По-друге, спростити для нових гравців ринку імпорт медикаментів безпосередньо до лікарень, лікарів, страхувальників. По-третє, послабити регулювання простору продажу ліків задля того, щоб дозволити супермаркетам та іншим продавцям продавати медикаменти.

Можливості імпорту також були розширені через так звану «політику визнання» та дозвіл на паралельний імпорт лікарських засобів. Складні та надмірно бюрократичні реєстраційні процедури було спрощено через запровадження автоматичної реєстрації продуктів, визнаних Європейським медичним агентством (ЕМА), Управлінням з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів Сполучених Штатів (FDA) та іншими

всесвітньо визнаними регуляторами обігу лікарських засобів. Перелічені вище імпорتنі можливості також уможливили імпортерам транспортувати ліки безпосередньо з європейського ринку, де вони часто є навіть дешевшими, ніж у Грузії та країнах СНД.

Починаючи з 2011 року, Грузинський парламент заборонив лікарям виписувати ліки на готових бланках та рекомендувати конкретні продукти фармацевтичних компаній пацієнтам. За перше порушення норм закону на лікаря накладався штраф у розмірі 571\$, за повторне – подвоєння суми стягнення.

У квітні 2010 року нові переваги продажу медикаментів для амбулаторних хворих додали до обов'язкового медичного страхування бідних. Учасникам програми дозволили купувати затверджені основні ліки з 50 % доплатою з боку Міністерства охорони здоров'я та річним лімітом у 50 ларі. У 2012 р. річний ліміт зріс до 200 ларі для програми державного страхування пенсіонерів.

Конкуренція як фактор зниження націнки на ліки

У результаті запроваджених ринково орієнтованих реформ у 2009 р., вперше за пострадянської епохи ціни на фармацевтичну продукцію почали знижуватися. У 2012 р. Міжнародний фонд Куратіо опублікував комплексне статистичне дослідження щодо націнок на продукцію фармацевтичної галузі, і виявилось, що між 2009 р. та 2011 р. середні ціни впали до 30 %. Зниження цін видалось найбільш суттєвим на оригінальні бренди у мережі PSP/Aversi/GPC, найбільшого гравця ринку, через зростання конкуренції.

Відповідно до основних висновків дослідження, ринкова конкуренція знизила націнку на оригінальні бренди до 75 %. Зниження націнки на оригінальні бренди були найбільш відчутними у мережі PSP/Aversi/GPC (з 90,7 % до 21,5 %), ніж в інших конкурентних мережах аптек.

У результаті вартість отриманого фармацевтичного лікування різко скоротилася за останні чотири роки. У 2012 р. середня вартість лікування була на 50 % – 60 % дешевшою, ніж у 2009 р.⁴³

Звичайно, ціни та наявність прописаних лікарем ліків – досі проблема для більшості громадян Грузії, і тут необхідні подальші зусилля, спрямовані на розширення вільної конкуренції та якості обслуговування. Разом з тим, перші успіхи – обнадійливі.

Результати реформ

Реформа охорони здоров'я сприяла значному поліпшенню добробуту населення Грузії і знизила витрати громадян на ліки до одного з найнижчих показників у Європі. У 2011 р., за даними ВООЗ, очікувана тривалість життя грузинського населення випередила рівень країн СНД і наблизилася до європейського показника. Сьогодні грузини можуть розраховувати прожити 74,5 роки замість 71 у 2000 р.⁴⁴

Відповідно до Національної служби статистики, головного джерела статистичних даних про смертність у Грузії, смертність дітей, яким ще не виповнилося 5 років, падає, починаючи з 2003 р.⁴⁵

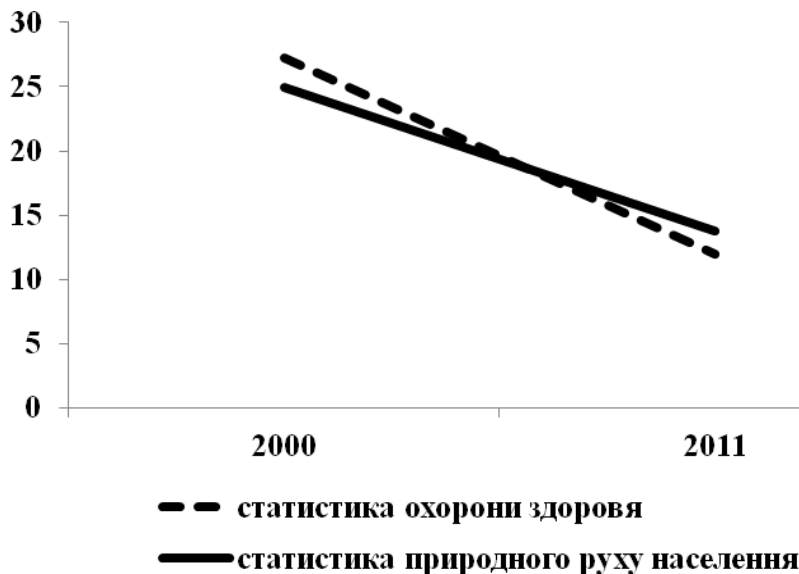


Рис. 5. Смертність у віці до 5 років на 1000 народжених живими, Грузія, 2000-2011 рр.

З 2003 р. у Грузії спостерігається зниження коефіцієнта дитячої смертності. За даними опитування, середній коефіцієнт дитячої смертності впродовж 1995 – 2009 рр. зменшився на 66,1 %.

З 2003 р. показник материнської смертності також знизився. У 2011 р. було проведено комплексне дослідження материнської смертності, зокрема, всіх смертей жінок віком від 15 до 49 років у лікарнях у 2010 р. Результати були близькими до офіційної статистики.

Охоплення профілактичними щепленнями близьке до рівня ЄС. У 2011 р. році воно становило 91 %.

Частка пологів, які прийняв кваліфікований медичний персонал, досягнула найвищої точки – 99,8 % у 2011 р. Передпологова і післяпологова допомога є однією з важливих складових грузинської дитячої системи охорони здоров'я. З 2000 р. збільшилося охоплення з 4 обов'язкових передпологових обстежень майбутніх мам, що перевищило глобальний індикатор ВООЗ.

Грузія має низьку поширеність ВІЛ, що знаходиться на рівні 0,01 % від усього населення. Значного прогресу було досягнуто у профілактичному лікуванні. Спільна програма ООН щодо ВІЛ/СНІД визнає Грузію як країну, що забезпечує універсальний доступ до антиретровірусної терапії. Незважаючи на широку доступність лікування, Грузія досі має один з найвищих показників СНІД у Європі, що становить 4,1 на 100 000 людей порівняно з середнім показником 1,5 для Східної Європи в цілому.

З 2009 р. Грузія відчула значне покращення показників по

захворюваності на туберкульоз. У 2010 р. показник захворюваності знизився на 2,8 % порівняно з попереднім роком, і у 2011 р. він знизився ще на 4,5 %. Незважаючи на позитивні результати, туберкульоз залишається досить поширеним у Грузії порівняно з іншими країнами. Тести та лікування хворих на туберкульоз, включаючи медичне обладнання, уряд здійснює безкоштовно.

У 2005 р. рівень успішного лікування позитивного мазка на туберкульоз легенів становив 64 %. До 2011 р. він збільшився до 76 %. У 2011 р. не спостерігалось істотних змін у загальних випадках кору та краснухи. Захворюваність на кір у дітей знизилася на 17,4 %, на краснуху стали менше хворіти на 73 %.

Інші країни, як багаті, так і бідні, можуть вивчити грузинський досвід у сфері реформування системи охорони здоров'я, щоб переосмислити роль уряду та урядово-приватної співпраці в секторі охорони здоров'я.

Розділ 3: Реформа охорони здоров'я Грузії у європейському контексті

Майкл Таннер, Інститут Като

Якщо витрати на пенсії для сучасної країни є першою найбільшою загрозою для загального добробуту, то збільшення витрат на охорону здоров'я є наступною. Це здається особливо іронічним з огляду на те, що американські експерти закликали уряд США прийняти європейську модель охорони здоров'я. Справді, можна стверджувати, що останні зусилля США в напрямку реформ у цій сфері – Акт про захист пацієнтів і доступне лікування (анг. *Patient Protection and Affordable Care Act*) – змінюють багато чого в американській системі на європейський манер.

Разом з тим у Європі ще, очевидно, не вирішили проблеми збільшення доступу при контролюванні коштів. Кожна європейська країна витрачає на охорону здоров'я менше, ніж США, але ціна такої охорони майже у всіх країнах ЄС зростає стрімкіше, ніж рівень коштів, доступний для її оплати. Як зазначає *Wall Street Journal*: «Європейці... отримуватимуть значно дорожчі медичні чеки у майбутньому при своїх заощадливих урядах». У той же час зусилля європейців контролювати ціну часто призводили до прямого або опосередкованого «дозування» обсягу послуг, що робить їх обіцянки про повне охоплення все більш порожніми.

Зіткнувшись із найгіршим сценарієм – збільшення коштів і дозований доступ – багато європейських країн почали вводити ринкові механізми у свої системи. Отже, коли США протягом останніх років змінює курс на європейський стиль забезпечення охорони здоров'я, Європа змінює курс на систему, яка більше нагадує американську. Однак такі реформи є сьогодні лише пробними, а багато із них можуть виявитися недостатніми і запізнілими.

Міжнародний Валютний Фонд оцінює, що в середньому витрати на охорону здоров'я урядів європейських країн зростуть на 2 % ВВП до 2030 р. і більше, ніж на 3 % ВВП в Австрії, Великій Британії, Греції, Ісландії, Люксембурзі, Португалії і Швейцарії. На перший погляд це здається небагато, насправді це надзвичайно важливо, якщо глянути, який великий відсоток ВВП уже становлять витрати в цих країнах. Європейські країни просто не мають запасу для такого збільшення. Якщо подивитись далі, то темпи зростання стають ще більшими. До 2050 р. очікується, що середнє зростання перевищуватиме 6,5 % ВВП. Це змусить середньостатистичну європейську країну витратити більше 59 % свого ВВП.

У той час як співвідношення між віком і витратами на охорону здоров'я не є взаємозумовленим, дослідження свідчать, що старші люди активніше і дедалі більше споживають медичні послуги. На європейців віком понад 65 років припадає понад 40 % витрат на охорону здоров'я – це значно більше, ніж на будь-яку іншу демографічну групу. Більша тривалість життя не обов'язково означає більшу кількість здорових років життя. По суті, тривалість здорового життя, яку можна визначити, як кількість років, що людина проживає без серйозних хвороб або ушкоджень, загалом на 7 або 10 років менша, ніж тривалість життя загалом.

Наприклад, в окремих випадках, на хронічні хвороби припадають близько 70 % усіх витрат. Старші люди, як правило, мають щонайменше одну хронічну хворобу, оскільки довше життя дає більше імовірності для настання генетичних розладів. Уже сьогодні близько третини європейців мають хронічну хворобу або її хронічний перебіг. Із зростанням кількості літніх людей зростатиме й ціна догляду за ними.

Коли пацієнти безпосередньо не витрачають на послуги з охорони здоров'я, вони прагнуть споживати більше, ніж їм насправді необхідно. Коли попит, не стримуваний ціною, зустрічає обмежене постачання товарів і послуг з охорони здоров'я, це може стати причиною майбутніх проблем.

Нормування

Під час боротьби у програній битві проти збільшення витрат на охорону здоров'я багато європейських країн спробували контролювати витрати шляхом обмеження доступу до окремих ліків та технологій, або ж шляхом обмеження доступу до численних надавачів послуг і процедур. Іншими словами, вони вдавались до своєрідного «дозування» у вигляді нормування цих речей.

Хоча американці хмуряться при згадці про нормування, важливо розуміти, що воно, по суті, не є поганим і, тим більше, у певній формі цього ніяк не уникнути. Охорона здоров'я – це товар і, до того ж, товар обмежений. Просто треба, щоб було багато лікарів, лікарень, і, найголовніше, грошей, щоб на всіх вистачило. І ніхто не хоче помирати. Якщо лікування може зберегти життя або покращити його якість, люди загалом його хотітимуть.

Зрештою, у далекій перспективі, єдиним способом менше витратити на охорону здоров'я – це менше споживати. Хтось повинен сказати «ні».

Реформи Грузії

Система охорони здоров'я Грузії перед Революцією троянд була централізованою і майже повністю контрольованою і планованою урядом. Останній намагався надати всеоб'ємний, безкоштовний і доступний догляд кожному. Незважаючи на ці наміри, система була надзвичайно недофінансована, надавані послуги з охорони здоров'я були недостатніми і лікування було доступне далеко не кожному. Попри те, що централізована система мала певний успіх у контролюванні інфекційних хвороб, вона була недостатньо гнучкою, щоб вчасно реагувати на потреби й проблеми медичної галузі.

У пострадянський період Грузія мала централізовану і фінансовану державою медицину і малий відсоток приватної медицини для тих, хто міг собі дозволити кращу якість лікування. Розпад Радянського Союзу і централізованої економічної системи залишив значну частину населення Грузії у стані бідності. Поодинокі кроки реформування системи охорони здоров'я призвели до зростання вартості медичних послуг без відчутного покращення якості. Як результат, багато грузинів потерпали від такого стану речей.

Загальне невдоволення повільним поступом пострадянського періоду переросло у Трояндову революцію, і новий уряд почав орієнтувати грузинську економіку і занедбану медицину на шлях до вільного ринку. Неефективне загальнообов'язкове медичне страхування, введене у 1990 р., було скасоване. Об'єкти з надання послуг охорони здоров'я були приватизовані, і медики перестали бути державними службовцями.

Відповідно до реформ Революції троянд, яка поклала великі сподівання на вільний ринок, регуляторна функція держави у медицині значно зменшилась; фокус змістився на дозвіл ринковим механізмам регулювати систему з надією, що найважливіші й ефективніші регулятори зможуть розвинути саме завдяки взаємодії споживачів, закладів і державних органів.

Реформа була ефективною в частині зменшення витрат, особливо якщо порівняти із їх збільшенням у розвинутих країнах Європи та США. Загальні витрати у відсотку від ВВП збільшились лише із 8,5 % у 2003 р. до 9,9 у 2011 р. Ефекти рецесії можуть пояснити багато із цього зростання, оскільки загальні витрати на медицину зросли із 9 % ВВП у 2008р. до 10,2 % ВВП у 2009 р. Після початкового підйому витрати загалом зменшились, повернувшись до рівня, нижче 10 % ВВП.

Одночасно частка уряду у витратах впродовж цього періоду залишалась відносно сталою. Цей показник є більшим, ніж у сусідів Грузії, що свідчить, як про швидше економічне зростання країни порівняно з членами СНД, так і

про те, що Грузія не застосовує централізовані важелі для зменшення витрат на охорону здоров'я.

Кількість населення, що жила за межею бідності відповідно до державних стандартів у Грузії, сягала 24 % у 2009 р., частково через глобальну кризу, частково через тривалі ефекти перехідного періоду від радянської економіки. Згідно з міжнародними стандартами, за якими бідними вважають тих, хто живе на менш, ніж 1,25\$ на добу (відповідно до місцевого еквіваленту купівельної спроможності), рівень бідності у 2009 р. сягав близько 15 % населення. Грузія знайшла спосіб надавати цільову допомогу людям, які могли мати несприятливі наслідки для здоров'я через нестачу медичного догляду, одночасно мінімізуючи викривлення ринку і підтримуючи зародкову сферу страхування. Починаючи з 2008 р., громадяни Грузії, які живуть за межею бідності, отримують ваучери для придбання особистих програм медичного страхування. Завдяки цьому механізму, як альтернативі до схеми державного страхування, Грузія передає можливість приймати рішення в руки окремих споживачів і заохочує конкуренцію серед страховиків. Споживачі не ізольовані від коштів на медицину, а надавачі послуг змагаються за нижчі ціну і покращують якість, щоб привабити клієнтів.

Громадяни Грузії, які не живуть за межею бідності, повинні придбати медичне страхування добровільно або платити за медичні послуги з власної кишені. Дуже цільове і обмежене втручання з боку уряду в медичну галузь дозволило грузинській системі охорони здоров'я менше постраждати від ринкових ефектів, порівняно з розвиненими країнами Європи та США.

І хоч система охорони здоров'я стала ефективнішою порівняно з тією, що була до Революції троянд, її й далі можна вдосконалювати. Оплата з кишені за медичні послуги може стати значною часткою у витратах на медицину, і люди, не покриті оплаченим заздалегідь страхуванням, можуть мати катастрофічні витрати. Завданням Грузії є формалізувати такі витрати; відчутна частина має бути віднесена до заздалегідь оплачуваних приватних страхових схем, таким чином зменшуючи частку готівкових особистих коштів у загальних витратах на медицину. Більша участь приватного сектору медичного страхування удосконалисть захист від катастрофічних витрат і покращить стан населення у медичному аспекті. Намагаючись заохочувати роль приватного сектору страхування, уряд водночас повинен стримуватись від регулювання і спричинення додаткових ускладнень на ринку, які могли б відштовхнути приватний сектор страхування. Наразі поступу вже досягнуто, і страхова галузь набирає ваги, враховуючи, що кількість застрахованих осіб досягла 1,5 мільйона, що становить понад третину населення.

Запровадження Грузією ринкових механізмів з метою перебудови медичної системи може служити прикладом для інших пострадянських країн, чий більш централізовані системи вже не можуть функціонувати. Хоча, беззаперечно, є ще сфери для вдосконалення, такі як зменшення особистих

готівкових витрат і збільшення ролі приватного сектору медичного страхування, медична система Грузії, що з'явилась після Революції троянд, зуміла покращити показники здоров'я населення, стримати збільшення питомої кількості витрат і надати системі гнучкості, якої вона потребує у зв'язку зі змінними медичними потребами старіючого населення.

Модель для реформ?

Високорозвинені країни Європи засвоїли простий, але важливий урок: безкоштовної медицини не існує. По суті, медицина не тільки не є безкоштовною, але й стрімке зростання витрат на неї, що значно додає проблем до бюджетів європейських країн, робить охорону здоров'я справді коштовною річчю.

Як наслідок, більшість європейських країн поволі рухаються у бік реформ, посилюючи контроль цін і змушуючи пацієнтів сплачувати більшу частину своїх медичних рахунків. Але попри те, що такі реформи створюють тенденцію впевненого руху до вільнішого ринку в охороні здоров'я, сьогодні вони ще не є серйозними кроками. Вони можуть бути недостатніми і запізнілими для уникнення подальших проблем і продовження бюджетного тиску.

Грузія, натомість, була значно рішучішою в запровадженні медичних реформ, орієнтованих на вільний ринок. Звичайно, сьогодні ще рано визначати успіх цих реформ, але початкові результати є обнадійливими. Якщо такі тенденції триватимуть, Грузія може стати моделлю для європейських реформ у сфері охорони здоров'я.

Розділ 4. Інтерв'ю з Кахою Бендукідзе, колишнім Міністром Грузії з координування реформ

П: Для початку, цікаво зрозуміти, які кроки, на Вашу думку, стали найбільш визначальними в реформуванні системи охорони здоров'я Грузії. З Вашої погляду, які етапи цього процесу відіграли ключову роль в становленні правильних інститутів.

К.Б.: На мою думку, це лібералізація системи, що створила передумови для запровадження приватного страхування та розвитку приватного сектору; саме ці кроки дозволили системі відійти від ідеї єдиного платника та одного надавача послуг.

Ключове питання – що є продуктом системи охорони здоров'я? Основна послуга, що реалізується системою, це можливість бути здоровим. Якщо Ви захворіли, то звертаєтесь до лікаря та отримуєте відповідні послуги. Проте таке бачення значною мірою є хибним, адже система продає не конкретну послугу, а безпосередньо саму можливість бути здоровою людиною. Багато років тому я ознайомився з системою організації охорони здоров'я в сільській місцевості Стародавнього Китаю. Кожна сім'я давала лікарю одне

яйце або курку, коли всі члени родини були здоровими. У разі хвороби члена сім'ї лікар не отримував нічого. Це стимулювало його зосереджувати свою діяльність не на лікуванні, а на запобіганні виникнення захворювання. Це й є продуктом, і саме таким чином повинна бути організована система, що створює продукт підтримки здоров'я.

Це система, що базується на трьох складових – пацієнт, надавач послуг та страховий агент, де пацієнт, за визначенням, є приватною особою. Коли в системі є приватні лікарні і державне фінансування, єдиний державний рахунок, державна організація, тоді неминуче виникає угода між двома приватними особами в намаганні ошукати третю сторону. Система, що складається з приватних страхових компаній, пацієнтів та державних провайдерів медичних послуг, також страждає від змови приватних учасників проти державного гравця. Саме за таким сценарієм і відбувається взаємодія між цими агентами, а можливість контролювати цей процес коштує достатньо дорого. Відповідно, всі три складові мають бути приватними. Тоді вони будуть конкурувати за ресурси, обмінюватись інформацією, базуючись на власних інтересах, що врівноважить асиметрію інформації, враховуючи особисту зацікавленість кожної зі сторін. Ці речі є найбільш важливими.

Створити це в межах Грузії було нескладно, адже система повністю прогнила. На той час в системі охорони здоров'я було кілька сотень провайдерів, 98 % яких були в державній власності, за 100 % фінансування з бюджету країни. Відповідно отримані результати були абсолютно незадовільними і особливого захвату від такого стану речей ніхто не відчував.

Населення Грузії було впевнене в відсутності універсальної системи охорони здоров'я через відсутність загального покриття. Найбільшою проблемою системи була невизначеність – невідомо, що буде далі. Також активно стримувався розвиток приватного сектору. На ринку функціонували декілька приватних лікарень, що, по суті, не були конкурентоспроможними. Так, послуги, які вони надавали, були кращими, але небажання інвестувати в приватну сферу зумовлювало слабкий розвиток інфраструктури цього сектору. Оскільки універсальне покриття насправді охоплювало лише 25 % випадків, а державне фінансування здійснювалось на помісячній основі, це означало, що три тижні на місяць процедура сплачується з кишені пацієнта. І це було в межах закону.

П: Чи вимагали лікарі та медсестри хабарі від пацієнтів?

К.Б.: Лікарі брали гроші, медсестри брали гроші і т.д. Це і буде основним принципом роботи універсального охоплення, адже **така система є поширеною: якщо Ви прагнете забезпечити соціальну справедливість, Ви будете боротися з бідністю; натомість, в результаті, це перетворюється на боротьбу з бідним населенням та допомогу багатим.**

Уявімо, що Ви, як операційний директор чи генеральний директор

лікарні, маєте обмежений фінансовий ресурс і знаєте, що можливості використати ці кошти на задоволення потреб кожного у Вас немає. Яким буде Ваше рішення – на яку групу пацієнтів спрямувати ці кошти? Політична ситуація в країні та структура соціальних мереж свідчать, що ресурси потрібно зосередити у VIP-сегменті. Наприклад, пацієнтом Вашої лікарні є парламентар, який знає про універсальне охоплення. Ви не можете брати з нього кошти, адже, по суті, це є незаконно. У Вас є вибір – задовольнити потребу цього державного службовця або використати ці кошти там, де вони більше потрібні?! Саме таким і є реальний механізм функціонування системи, де вагомим значення набуває політична впливовість таких людей. Так, Міністр охорони здоров'я відігравав дуже важливу роль, так само, як і головні лікарі та керівники медичних закладів, адже вони могли посприяти вирішенню будь-якої проблеми медичного характеру, і це було безкоштовно.

Ще однією причиною цього було надмірне державне регулювання, що не мало нічого спільного з якістю надання послуги. Я можу описати Вам кілька випадків, що виглядають як жарти.

П: Це було б чудово.

К.Б.: По-перше, це історія про те, як мене долучили до реформування системи охорони здоров'я. Перший рік я обіймав посаду Міністра економіки, наступного року очолював Міністерство координування реформ. Мій відділ був невеликим, але обсяг роботи та повноваження були достатньо великими. На початку 2005 року займалися системою ліцензування в цілому: я зустрічався з різними міністрами, обговорював з ними деталі умов видачі їх ліцензій з метою розробки уніфікованого закону, який би регулював процес ліцензування будь-якого об'єкту. Також, ми ставили за мету обмежити кількість ліцензій, адже станом на 2005 рік ми мали 1024 ліцензій в системі охорони здоров'я.

П: У системі охорони здоров'я?

К.Б.: Так, враховуючи той факт, що для здійснення операції на нирках дітям потрібна була одна ліцензія, дорослим – інша. Ці ліцензії були видані лікарнями і в результаті ми отримали декілька „цікавих” ліцензій, що виглядало досить дивно.

Ми обговорювали питання принаймні об'єднання ліцензій, проте Міністерство охорони здоров'я виступало проти такої ініціативи. Саме в цю мить мені зателефонувала сестра і сказала: «У нашої мами проблеми з серцем, її поклали в лікарню». Це була приватна лікарня біля її будинку. Більшість свого життя я прожив поза межами Грузії, тому не досить добре був знайомий з інфраструктурою. Я запропонував колегам зробити перерву на хвилину 40 та випити кави, поки я поїду дізнатися про ситуацію з мамою. Перенести засідання не було можливості, адже це було частиною парламентського слухання, що відбувалося за два тижні. Я запитав водія, чи знає він, де знаходиться ця лікарня, і у відповідь почув: «Так, звісно». Коли через 20 хвилин я помітив, що ми проїжджаємо купи сміття, то порадив йому

запитати у когось дорогу, якщо він не знає маршруту. Водій заперечив і сказав, що це саме той напрямок, який нам і потрібен. Ми зупинилися серед кількох куп сміття, де і була розташована лікарня – жахлива, напівзруйнована будівля. Я побачив сестру, що дивилася з вікна та промовляла: «Підіймайся на четвертий поверх». Там був дивний більш-менш чистий ліфт. З мамою все було добре.

Коли я повернувся до офісу, я сказав людям в Міністерстві: «Ви збожеволіли? Про які позитивні постанови може йти мова?» Коли я їхав в лікарню, то уявляв, що це невеличка будівля з садом, чиста, з гарними послугами. Замість цього я побачив це. Чиновники відповіли: «Так, ця система ліцензування працює неправильно». У відповідь я сказав: «Якщо вона працює неправильно, тоді її потрібно відмінити». Проте, щоб це не викликало багато проблем, давайте об'єднаємо деякі з них та скоротимо загальну кількість до 57.

Саме в такий спосіб я й потрапив до системи охорони здоров'я та зрозумів, що вона нездатна себе регулювати. Одну з проблем, яку я виокремив, було те, що системою повністю керували лікарі. Я провів невелике дослідження в країнах Європи і побачив, що більшість керівників – це люди, що не мають медичної освіти. З цими результатами я прийшов до Прем'єр-міністра і сказав, що нам потрібні зміни, адже завданням Міністра охорони здоров'я є не лише вирішення питань у межах системи Семашка, а й співпраця з іншими людьми, де насправді є багато проблем: з кимось він навчався у школі, з деким в університеті, інший його студент і т.д. До того ж, на той момент ідея розвитку приватного сектору була чимось дивним. Саме тому я багато говорив з Міністром охорони здоров'я про необхідність приватизації – яким чином це реалізувати. Можливо, шляхом надання права власності медичному персоналу, але говорив про важливість **переходу до приватної медицини**.

Радник Міністра, Андрія Урушадзе, що згодом став Міністром охорони здоров'я підтримував цю ідею, але мав побоювання стосовно її наслідків. Проте дослідження, що проводив Світовий Банк стосовно шляхів реформування системи охорони здоров'я Грузії, підсилило мої аргументи. Звісно, результати не показали якихось специфічних знахідок. Дослідження, що базувалося на розрахунках, продемонструвало можливість покрити всі потреби населення Грузії лише за рахунок трьох лікарень, навіть вказавши їх приблизне розташування. Все, що нам потрібно – 3 600 сучасних ліжок, які, до речі, Світовий Банк був готовий профінансувати. Ми скликали державне засідання для обговорення цієї ідеї, проте впевненості в тому, що її втілення дасть позитивний результат, у мене не було.

Для початку ми побудували три лікарні, проте старі продовжували функціонувати. Коли я обговорював це питання зі співробітниками Міністерства, то у відповідь почув, що старі медичні заклади згодом самі себе знищать.

Я зрозумів, що це вирішальний момент. Якщо я можу зруйнувати цю ідею, ми матимемо змогу перейти до приватної системи. Найпереконливішим аргументом стало те, що відповідно до системи Семашко, в кожному регіоні є одна лікарня, а в Грузії таких 60. Всі жителі знають, що в їхньому місті є лікарня. Тобто, якою є ідея нашої політики? Забути про цю локальну лікарню. Тепер Вам потрібно їхати в інше місто, розташоване за 150 кілометрів від місця проживання, щоб отримати медичну послугу. Реакція уряду на такий сценарій була очікуваною – така ідея є неприйнятною, тому що неможливо заявити про закриття місцевих лікарень.

Тоді я сказав, що це означає необхідність розробки плану реформування цих медичних закладів. Кожен розумів, що керувати одразу 60, 70 або 200 маленькими лікарнями, що є в країні, неможливо, і їх потрібно приватизувати.

Я пам'ятаю як Прем'єр-міністр звернувся з питанням до Міністра охорони здоров'я: «Чи існують де-небудь у світі реальні приватні лікарні?», на що останній відповів: «Так, клініка Мейо є приватною». Це було великим досягненням. Після розробки програми «Реформування медичних закладів, загальний план власності» я погодився з оцінкою Світового Банку про скорочення кількості ліжок, яких офіційно на той час було близько 12 000, до показника в 300, тому що реально вони не використовувались. Великі порожні будівлі, де немає пацієнтів, а просто ліжка.

Також ставало зрозумілим, що послуги пацієнтам фінансуються на 25 % з бюджету і 75 % з кишені. Але будувати систему за такою схемою неможливо. Ви можете мати громадську лікарню, але ідея не в тому, щоб розробити план партнерства між державою та приватним сектором, а щоб останній **будував, керував та володів цими лікарнями**. Можливо, певний надлишок ліжок і буде, але не в такій великій кількості. Ми розробили план скорочення їх кількості на 50 %.

У цьому не було якихось дуже радикальних змін: згідно з планом 90 % ліжок були зосереджені в столиці та декількох великих містах, і лише 10 % закріплені за лікарнями загальної власності. Водночас **ми зіткнулися з проблемою відсутності ринку медичного страхування як такого в Грузії**.

Ринок приватного страхування в Грузії був недостатньо представлений і ми розуміли, що в найближчі декілька років він не зможе брати активну участь в страхуванні населення. Проте ідея передбачала наявність приватних провайдерів та приватних страхових компаній. Для того, щоб охопити бідне населення в новій системі, ми вирішили перейти від загального покриття до надання тим, хто знаходиться за межею бідності, ваучерів в отриманні медичних послуг – половина населення з такими ваучерами від держави зможе використовувати їх для оплати послуг.

П: Так, питання стосовно приватизації лікарень. Чи я правильно зрозумів, Ви передали лікарні в приватну власність за умови, що нові власники інвестують у їх розвиток? Ви не продавали їх, а просто віддали.

К.Б.: Так, це було політичне обмеження, проголошене Прем'єр-міністром – на той момент ми не мали змоги приватизувати лікарні за рахунок їх продажу, адже це б фактично означало, що уряд намагається заробляти на здоров'ї населення. Іншими словами, так склалося, що переважна більшість лікарень в Тбілісі розташовані в історичній частині міста, де ціна на нерухомість насправді дуже висока. До того ж, вони не відображали реальний розподіл пацієнтів міста. Це були невеликі і досить неефективні будівлі, які не працювали належним чином. Деякі з них були побудовані близько 150 років тому. Наша ідея полягала в створенні умов для конкуренції.

Ви отримуєте лікарню, розташовану в центрі міста, яка не є функціональною, але фактична ціна цієї нерухомості дуже висока. Замість того, щоб відновлювати цю лікарню в історичному районі, нові власники можуть продати цю споруду в обмін на зобов'язання побудувати нову лікарню в Тбілісі та декілька інших лікарень в невеликих містах.

Таким чином, ідея полягала в тому, щоб створити мережу лікарень, що складатиметься з декількох великих медичних закладів та допоміжних лікарень з власною системою направлень. Процес приватизації збігся зі світовою фінансовою кризою та війною з Росією.

Сьогодні Грузія – країна, де більшість ліжок забезпечують приватні провайдери. До того ж, у державній власності є декілька лікарень. Я думаю, що нинішня влада буде збільшувати кількість ліжок-місць на державному утриманні, проте загалом система є змішаною, зі значним переважанням приватних лікарень, що створює конкуренцію між ними.

П: Маю до Вас ще одне технічне питання стосовно мережі лікарень. Чи пов'язані ці лікарні з Міністерством охорони здоров'я або економіки? А також, чи є можливість в одного інвестора мати у власності одразу декілька лікарень?

К.Б.: Я працював з Міністром охорони здоров'я і ми ухвалили, що інвестори могли володіти одразу декількома закладами в умовах конкуренції. По-перше, це було так зване творче руйнування навіть всередині самої мережі. Власник міг володіти кількома лікарнями, розрахованими на 20 ліжок у регіоні. Деякі мережі трансформувалися в регіональні амбулаторії з фокусом на добре розвинену денну допомогу; у разі необхідності проведення операції потрібно звертатися до головної лікарні мережі. Це було певного роду портфоліо лікарень на ринку.

По-друге, це дозволяло залучати нових інвесторів, що готові вкладати гроші в систему, яка є приватною. Формування приватного сектору в країні набуває ключового значення. Близько 1000 нових ліжок стали доступними в межах процесу приватизації. Наприклад, один азербайджанський бізнесмен з Баку, відвідавши Тбілісі, зрозумів, що можливість інвестування в приватний сектор дає багато переваг. Його лікарня на 250 ліжок наразі будується біля мого університету.

Звісно, основою системи досі є розбудова старих лікарень, однак помітною є й поява інвесторів, що будують абсолютно нові заклади. У кожному регіональному центрі є принаймні одна невелика лікарня. Звісно, початкова ідея ґрунтувалась на бажанні створити умови для повної конкуренції на всіх рівнях. Держава видає ваучери людям, що перебувають за межею бідності з можливістю самостійно обрати страхову компанію для придбання полісу. Компанія, яку обрав громадянин, співпрацює з лікарнею та вирішує, яким чином задовольнити його потребу в отриманні необхідних послуг.

П: Наразі відбувається ціноутворення на медичні послуги, я правильно розумію?

К.Б.: Так, ми надаємо ваучер, що є скорегований відповідно до ринкової ціни на поліс. Це також залежить від того, яка компанія надає Вам свої послуги.

П: З мого погляду, така приватизація є всеохопною. Також читачам з країн пострадянського простору було б цікаво дізнатися про Ваш успішний досвід в нівелюванні супротиву лікарів. Яким чином Ви розробили політику у сфері охорони здоров'я, що оминає лікарів?

К.Б.: Як я й пояснював, це було найбільшою перешкодою. Система була повністю дискредитована, ніхто не вірив в її спроможність задовольнити потреби населення. Також більшість лікарів були впевнені, що зможуть успішно існувати в новій системі, співпрацюючи з інвесторами та допомагаючи їм. **Також ми додали деякі «солодкі пігулки».** У системі є ключові гравці. Наприклад, є професори з якихось «щось-там-логій», які очолювали певні напрямки в колишніх інститутах, що практично не працювали. Ми дали їм невеличкі приміщення, які вони могли приватизувати за символічну плату – 100 доларів за 1 м². Це давало їм можливість створити свої власні невеликі клініки, і всі були щасливі.

П: Це справді дуже цінно. Перейдімо до лібералізації фармакологічного ринку.

К.Б.: Ми чітко розуміли, що нам потрібно відкривати фармакологічний ринок, але лише через декілька років ми змогли досягнути того, що планували на початку. Для цього потрібно було **втїлити в життя чотири важливі кроки.**

Першим етапом стало питання ліцензування. Я розумів, що для того, щоб відкрити аптеку, потрібен спеціальний дозвіл, якого немає в складній системі ліцензування. До того ж, аптеки поділялися на три типи. До першого входили ті, що могли продавати будь-які товари, мали загальну площу до 40 м² та два входи. Також ми ввели обмеження на заборону відкриття аптек у межах лікарень. Важливою була і наявність ліцензії на продаж імпортованих препаратів. У результаті ми отримали лікарні, оточені з усіх боків аптеками, адже це було вигідно власникам аптек.

Ми скасували ліцензію на імпорт; аптеки повинні були лише

інформувати Міністерство про кількість реалізованих препаратів. На той час в Грузії були три ключові гравці на цьому ринку – дві великі мережі та одна маленька – які також поставляли імпорту продукцію на ринок. Як і в будь-якій країні, ми реєстрували діяльність відповідних закладів терміном на 5 років, що, порівняно з іншими країнами колишнього СРСР, коштувало досить небагато – приблизно 2 000 доларів.

Процес реєстрації ліків виявився стримуючим фактором для великих фармацевтичних корпорацій для входу на ринок Грузії. Уявіть, що Ви очолюєте велике підприємство з виготовлення медичних препаратів і Вам потрібно зареєструвати їх в маленькій державі на кшталт Грузії. Ви розумієте, що в країнах, що розвиваються, цей процес вимагає сплати хабара. Саме тому великі корпорації надали ексклюзивні ліцензії на розповсюдження їхньої продукції в межах країни фірмам, що ведуть оптову торгівлю, та мережам аптек. Така перешкода стала важелем впливу для таких корпорацій, що значно вплинуло на ціну імпортованих медичних препаратів, яка була достатньо високою.

Для початку нам потрібно спростити процедуру функціонування аптек та дозволити продаж медичних препаратів у відповідних магазинах. Також нам потрібно вирішити питання реєстрації. Аспірин, що був розроблений близько 100 років тому, й досі зберігає свої властивості та має той самий ефект. **Тоді чому ми повинні реєструвати аспірин кожні 5 років? Що корисного це нам дає? Що може статися з аспірином?**

Зрозуміло, що ліки, виготовлені в таких країнах як Німеччина чи Швейцарія та схвалені відповідними структурами цих країн, можуть спокійно реалізовуватись на ринку Грузії без потреби в додатковій реєстрації.

Також ми повністю лібералізували імпорт медичних препаратів та дозволили реалізувати товари «сірого ринку». Які були наслідки? По-перше, більшість великих фармацевтичних корпорацій відкрили свої склади продукції в Грузії, що дозволило продавати товари безпосередньо лікарням, без посередників.

У нас є 2 додаткові мережі аптек, що разом становить 5 гравців на ринку. Частка ринку їх зменшилась. Першим етапом цього процесу стало відмова від попередніх умов для входу на ринок у 2005 році. Це стимулювало появу невеликих аптек по всій країні. **Ціни на більшість препаратів знизилась, тоді як дохід фармакологічних компаній зріс.**

Поява «сірого» ринку стала важелем впливу для імпортерів на виробників стосовно ціни на продукцію. Імпортери могли купувати ліки в країнах, де ціна на них була достатньо низькою, наприклад в Греції, що зменшувало витрати грузинських імпортерів на закупівлю товарів.

У деяких країнах були запроваджені державні субсидії на продукцію, які іноді безпосередньо йшли тим, хто реалізовував оптову продукцію. Це мало великий супротив з боку мереж аптек у Грузії, що виступали проти таких

реформ. Після того, як ми дозволили реалізацію препаратів «сірого» ринку та скасували правила реєстрації, це дало змогу регулювати та надавати споживачу товари, які були дешевшими, але тієї ж якості.

П: Отже, на Вашу думку, що сталося з системою охорони здоров'я після 2012 року? Вона й досі має ринковий характер?

К.Б.: Звісно, ніщо не триває вічно, напевно, лише піраміди. З жовтня 2012 року в нас змінився уряд, який є дуже популістським. Перший Прем'єр-міністр цього уряду призначив Міністром охорони здоров'я людину, що працювала в лікарні в його рідному місті, яка повністю фінансується колишнім прем'єром, базуючись в гіршому випадку на системі Семашка. Якщо середня тривалість перебування пацієнта в європейській лікарні 4 дні, в Грузії – 5, то в цій лікарні – 30. Кого хвилює те, що тут необмежене фінансування, відбудована нова лікарня, тому можна лишатися хоч на місяць. Лікарю байдуже, чи станеться щось погане з пацієнтом; до того ж пацієнт, що приїхав з віддаленого села, комфортно розташувався в сучасній лікарні.

Отже, колишній керівник цієї лікарні – теперішній Міністр охорони здоров'я. Він найагресивніше, порівняно з попередниками, намагається зруйнувати цю систему. Напрямок змін більш-менш зрозумілий: вони хочуть побудувати систему, що буде повністю регулюватися, включно з витратами, що є практично неможливим. Він вважає, що зможе стежити за витратами кожної лікарні. У планах – перехід до універсального покриття, яке вони декларують, але не мають для цього достатньо коштів. І це добре. Насправді універсальної системи охорони здоров'я немає. Але є приватні провайдери, деякі з них достатньо великі; є приватні страхові компанії, які добре знають свою справу та намагаються забезпечити незначну частину, яка покрита псевдоуніверсальним страхуванням, і додаткове покриття, що вони продають як додаткове страхування. Останній пакет є більшим, ніж визначений урядом базовий пакет.

П: Отже, універсальне покриття вже представлено урядом?

К.Б.: Так, уряд озвучив цю стратегію, але покриття не є універсальним. Це щось замасковане під «всезагальне», але в них просто немає достатньо коштів, щоб покрити всіх. Можливо, це охоплює 40 % потреб, 60 % – це витрати з кишені пацієнтів, або страхування, залежно від того, наскільки ефективним є останнє. Нинішній уряд також хоче посилити регулювання на фармацевтичному ринку. Схоже, у нас буде певний компроміс.

Таким чином, важливою частиною історії є те, що система, яка базується на допомозі бідній частині населення, є не дуже популярною. Це вимагає великої політичної волі, щоб підтримувати таку систему, тому що коли є меншість, яка живе на межі бідності, ці люди нещасні, тому що вони не отримують цю допомогу. У Грузії система була повністю недієздатною – це і допомогло нам представити абсолютно нову і приватну систему.

Звісно, в ній також були помилки. Наприклад, в 2009 році уряд вирішив

давати страховим компаніям тимчасову регіональну монополію, тим самим позбавляючи пацієнтів свободи вибору. Насправді, в монополії немає нічого погано, поки вона базується на ринкових силах. Проте влада є творцем поганих монополій.

Ще одним питанням є система приватних страхових компаній, діяльність яких базується на принципі жадібності, які фінансуються державою та дбають лише про власний прибуток. Вони не розуміють, що одна велика державна страхова компанія може робити те ж саме за менші кошти. Звісно, якщо ви зробите спрощене моделювання і зрозумієте, що ви можете мати десять страхових компаній і об'єднати їх в одну, сказавши, що ви не дбаєте про прибуток, ви можете значно знизити накладні витрати і значно зменшити вартість.

Але це ціна, яку ми платимо за стабільність та конкурентоспроможність системи. Коли у вас єдине страхування, у вас немає прикладу для наслідування.

Але в нас не тільки нові лікарні, але й повністю нові страхові компанії, у тому числі з Австрії та Ізраїлю. Чи були вони успішні? Ні, це творче руйнування через банкрутство однієї страхової компанії, її неефективність. І, крім того, що відбувається з цими приватними провайдерами: насправді деякі з них виглядають справді успішним, вони об'єднуються, вони зливаються і купують інших приватних провайдерів. Так, найбільший приватний постачальник у Грузії сьогодні має близько 1 200 ліжок-місць по всій країні, тобто це реальна мережа, якою володіє страхова компанія, тому вони пропонують комплексне обслуговування. Ситуація є конкурентоспроможною і вони хочуть мати ІРО в Лондоні цього року.

На мою думку, це добре. Система, що базувалася на ринку, може збільшувати капітал, тому що це було одним із питань – як система може розвиватися, коли її приватне використання такого типу фінансується за допомогою ринку, що неможливо, коли охорону здоров'я фінансує держава. Крім того, очевидно, що коли є кілька великих провайдерів мереж лікарень, можна бути ефективним.

Є багато легенд стосовно охорони здоров'я, найпоширеніша з яких, що ця система – це не ринок, що вона не чутлива до ціни, ринкові правила тут не діють, і це обов'язок держави забезпечувати все.

Насправді для того, щоб послуга була якісною, її треба віддати тим, хто займається цим постійно і у великій кількості. Я сподіваюсь, що в Грузії ми матимемо здорову базу для приватних провайдерів. Якщо уряд не робитиме божевільних речей, приватний сектор буде й надалі розвиватися.

Інформація про авторів:

Андрія Урушадзе: працював Міністром охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Грузії з 10-го вересня 2010 р. до 15-го березня 2012

р. Народився 25-го квітня 1968 р. у м. Тбілісі. У 1993 р. закінчив факультет загальної медицини Тбіліського державного медичного університету, де продовжував вивчати ендокринологію у 1993 – 1994 рр. У 1997-му р. закінчив Школу державного управління, після чого пройшов спеціальну підготовку і навчання Менеджерів страхових компаній у Швейцарії у 1998-му р. З 1993-го до 1995-го р. працював на посаді віце-президента Грузинського міжнародного молодіжного фонду. У 1995 – 1997 рр. Урушадзе очолював Бюро запровадження міжнародних програм Державної канцелярії Грузії. З 1997-го до 2005-го р. працював виконавчим директором страхової компанії.

Каха Бендукідзе: грузинський політик і бізнесмен. Після Революції троянд працював міністром економіки (червень – грудень 2004 р.), міністром з координації реформ (грудень 2004 – січень 2009 р.), главою державної канцелярії уряду Грузії (лютий 2008 – лютий 2009 р.). Каха Бендукідзе закінчив біологічний факультет Тбіліського державного університету у 1977 р., а у 1980-му – аспірантуру біологічного факультету Московського державного університету. З 1981-го до 1985-го працював в Інституті біохімії та фізіології мікроорганізмів АН СРСР імені Г. К. Скрябіна в Пуціно в Росії. З 1985-го до 1988-го р. завідував лабораторією молекулярної генетики клітин тварин Інституту біотехнологій.

Майкл Д. Таннер: старший дослідник Інституту Като (Cato Institute) у м. Вашингтон, округ Колумбія, США. Очолює напрям дослідження внутрішніх державних політик з особливою увагою до реформування системи охорони здоров'я і соціального забезпечення. Його остання праця «Погана медицина: путівник по реальних вартостях і наслідках закону про нову охорону здоров'я» є ретельним дослідженням Акту про захист пацієнтів і доступне лікування («Обамакер») та його значення для платників податків, працівників, лікарів і пацієнтів.

Фредерік Сайрус Редер: німецький економіст у медичній галузі, керуючий директор компанії «Healthcare Solutions», яка займається системами охорони здоров'я, що перебувають у стані трансформацій. Він працює запрошеним професором з управління охороною здоров'я в Литовському університеті наук з охорони здоров'я у м. Каунас, Литва, а також запрошеним професором з управління охороною здоров'я у Державному університеті ім. Іллі Чавчавадзе, м. Тбілісі, Грузія. Він публікувався в різноманітних міжнародних журналах, коментував з приводу питань охорони здоров'я для різних ЗМІ. Фредерік Сайрус Редер також є асоційованим дослідником у Монреальському економічному інституті.

Посилання й примітки

-
- ¹ Richard Kaufman and John Hardt. The Former Soviet Union in Transition. edited for the United States Congress Joint Economic Committee. 1993
 - ² Gzirishvili 1998
 - ³ P Braveman. 2003
 - ⁴ TNO report. 2001
 - ⁵ Y. Maltsev. What soviet medicine teaches us? 2012
 - ⁶ Див.: informal payments in Soviet Estonia
 - ⁷ Donald Bar
 - ⁸ Tido von Schoen-Angerer. Understanding health care in the south Caucasus: examples from Armenia. 1999
 - ⁹ Gzirishvili Mataradze. Healthcare reforms in Georgia. 1998
 - ¹⁰ World Bank 1996
 - ¹¹ Gamkrelidze 2002
 - ¹² Gzirishvili, Mataradze 1998
 - ¹³ Gamkrelidze 2002
 - ¹⁴ Chawla 2001
 - ¹⁵ Gakrelidze 2002
 - ¹⁶ World Health Report 2002, WHO.
 - ¹⁷ Falkingham and Hemming, 1999
 - ¹⁸ Грузія, Вірменія, Казахстан, Україна, Молдова, Киргизстан, Росія, Білорусь
 - ¹⁹ Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries. Balabanova, McKee, et al. (2004).
 - ²⁰ Jorbenadze, Zoidze and others. Health reform and hospital financing in Georgia. 1999
 - ²¹ ВООЗ Європейський регіональний офіс, 2009 р.
 - ²² ВООЗ Європейський регіональний офіс, 2009 р.
 - ²³ Див. ВООЗ профіль країни за 2003 р.
 - ²⁴ WHO, 2005
 - ²⁵ З промови Прем'єр-міністра Грузії З., січень 2007 р.
 - ²⁶ Transparency International Georgia. One hundred new hospitals for Georgia: how long will they last? 2008
 - ²⁷ Постанова Уряду Грузії № 11 від 26-го січня 2007 р.
 - ²⁸ НіТ Georgia. 2009
 - ²⁹ «Район» у класичному радянському розумінні територіально-адміністративної одиниці.
 - ³⁰ Постанова Уряду Грузії № 110 від 10-го квітня 2010 р.
 - ³¹ World Bank
 - ³² WB. Georgia Poverty Assessment. 2011
 - ³³ Постанова Уряду Грузії № 166, липень 2007 р.
 - ³⁴ 10 мільйонів доларів США
 - ³⁵ HSPA. 2012
 - ³⁶ Постанова Уряду Грузії № 33, лютий 2009 р.
 - ³⁷ Приблизно 38 доларів США
 - ³⁸ Наказ Міністерства охорони здоров'я №01-18/п від 4-го квітня 2012 р.
 - ³⁹ George Gotsadze and others. Reforming sanitary-epidemiological service in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study. 2010
 - ⁴⁰ The Georgia Health Utilization and Expenditure Study 2010
 - ⁴¹ OECD
 - ⁴² Opportunities in Georgia's Pharmaceutical Sector. 2012
 - ⁴³ див. Curatio. Main highlights of pharmaceutical price and availability in Georgia 2009-2012
 - ⁴⁴ Для жінок – 78,7; для чоловіків – 70,0
 - ⁴⁵ Georgia NCDC yearbook, 2011

**Реформи охорони здоров'я в Республіці
Грузія: від радянської руїни до охорони
здоров'я на ринковій основі**

К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе

Підписано до друку 31.07.14.

Формат 60x90 1/8. Умов. друк. арк. 3,25

Тираж – 200. Зам. №3107/14

Видавець: ТОВ «НВП «Інтерсервіс»

м. Київ, вул. Бориспільська, 9.

Свідоцтво серія ДК № 3534 від 24.07.2009 р.

Виготовлювач: ФОП Андрієвська Лана Володимирівна,

02099, м. Київ, вул. Бориспільська, 9