

Обов'язкове медичне страхування: від ілюзій до прагматизму

Оскільки проблеми у сфері охорони здоров'я є надзвичайно «сенситивними» (простіше сказати, болючими) у будь-якому суспільстві (згадаємо передвиборчу програму Барака Обами з «Obama-care» та перші укази Дональда Трампа щодо скасування започаткувань попереднього уряду саме у сфері медичного страхування), спекуляцій навколо законопроектів у сфері обов'язкового медичного страхування не уникнути й у нас.

Ситуацію навколо медичного страхування коментує Оксана Кашинцева, канд. юрид. наук, адвокат, керівник Центру гармонізації прав людини НДІ ІВ НАПрН України, член Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної Асоціації Адвокатів України



Оксана Кашинцева

ВІД СЕМАШКА ДО СЬОГОДНІ

Найболючішим аспектом реформування сфери охорони здоров'я є визначення джерел фінансування як самої реформи, так і медицини у подальшому. Маніпуляції на кшталт існування «безкоштовної медичної допомоги» є безвідповідальними, оскільки очевидно те, що нічого безкоштовного не буває, тому наріжним є питання: хто платитиме за медичну послугу, гарантуватиме її якість і доступ до неї?

Радянська медицина системи

М.А. Семашка була справді на той час проривом порівняно зі статистичними даними 1913 р., на які так любить посилається радянська історіографія, але вже у 70–80-ті роки ХХ ст. система почала «просідати» як у технічному, так і медикаментозному забезпеченні. Так, прекрасні клініцисти і хірурги були і є золотим «генофондом» нації, який здатен працювати всупереч, а не завдяки державній системі, проте будемо щирі — криза в сфері охорони здоров'я на території України сягає своїм корінням ще у радянські часи.

Старше покоління добре пам'ятає, що УЗД існувало лише в містах республіканського підпорядкування і у відповідних «спеціалізованих» під партійну номенклатуру медичних закладах, натомість в Європі і США такі обстеження були широко доступні вже з кінця 70-х років. Молодше покоління добре пам'ятає «стоматологічні огляди» у середніх школах із дуже сумнівною

за якістю стоматологічною допомогою (від повної відсутності знеболення до радикального видалення). Про наявність якісних ЛЗ було годі й говорити, всі ефективні ліки треба було «диставати».

Фінансово знекровлена сфера охорони здоров'я може протриматися до настання повного колапсу — до 2018 р. Якщо відповідне законодавство не буде прийнято, можна прогнозувати гуманітарну катастрофу.

ЗАКОНОДАВЧА АЛЬТЕРНАТИВА

На сьогодні у нас зареєстровано два альтернативні законопроекти, які одразу потрапили у поле прискіпливого аналізу, зокрема фахівцями Національного інституту стратегічних досліджень (http://www.niss.gov.ua/articles/2226/#_ftn1).

14 липня було зареєстровано законопроект «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» № 4981, а вже 18 липня — альтернативний проект Закону № 4981-1 із аналогічною назвою. На сайті Верховної Ради можна ознайомитися з авторським складом законопроектів та його партійної належності, що спонукає до риторичного питання: чому б не працювати над єдиним якісним документом? Професійна етика зобов'язує нас утриматися від політичних оцінок і перейти власне до тіла обох законопроектів.

Слід зазначити, що обидва дитя «народяться мертвими», якщо не міститимуть в одному пакеті синхронне внесення змін до Бюджетного та Податкового кодексів, Законів України «Про обов'язкове державне соціальне страхування», «Основи законодавства України про охорону здоров'я» тощо.

Проект Закону № 4981-1 передбачає ширше коло осіб, на яких розповсюджуватиметься дія норм про такий вид страхування — 16 суб'єктів. У законопроекті № 4981 таких

Проект Закону № 4981-1 передбачає ширше коло осіб, на яких розповсюджуватиметься дія норм про такий вид страхування — 16 суб'єктів. У законопроекті № 4981 таких суб'єктів передбачено 13. Також відрізняється коло страхувальників

суб'єктів передбачено 13. Також відрізняється коло страхувальників. У законопроекті № 4981 до того ж встановлено коло осіб, які правомочні провадити таку страхову діяльність.

Щодо приватних страховиків, то світова практика припускає їхню участь в системі обов'язкового медичного страхування в якості рівноправних учасників.

Загалом можна виділити чотири види організації обов'язкового медичного страхування: єдиний фонд для усього населення країни, низка єдиних фондів для окремих регіонів країни, низка фондів для окремого регіону, які в силу їхніх особливостей функціонування не є конкурентами, та низка конкуруючих фондів. При цьому організаційно-правовий статус страховиків, як правило, не відіграє особливої ролі. Конкуренція між фондами зовсім не є обов'язковою умовою функціонування обов'язкового медичного страхування в Європі. Наприклад, у Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Швейцарії застраховані особи можуть вільно обирати фонд на власний розсуд. Натомість в Австрії, Франції та Люксембурзі вони такого права позбавлені. Утім можна припустити, що майбутня конкуренція між страховиками лише покращить якість послуг для кінцевого користувача — громадянина України.

У законопроекті № 4981 передбачається Програма загальнообов'язкового медичного соціального страхування, яка встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги (медичних послуг) та її оплати за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Законопроект № 4981-1 також встановлюються види медичної допомоги, які будуть фінансуватись державою. Такі види допомоги визначатимуться окремим законом, який щорічно будуть приймати одночасно з прийняттям законів про Державний бюджет України та про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

До видів медичної допомоги, яка фінансуватиметься, буде належати: медична допомога у зв'язку з хворобою, індивідуальною профілактикою захворювань, травм, отруєнь та інших розладів здоров'я, запобіганням загостренню захворювань, переходом гострих хвороб чи інших розладів здоров'я у хронічну чи більш тяжку стадію та плануванням сім'ї; медична допомога у зв'язку з вагітністю, пологами та їхніми наслідками; послуги з надання в установленому законодавством порядку відповідних медичних документів.

Обидва законопроекти включають в себе розділ про відповідальність за порушення вимог щодо загальнообов'язкового соціального медичного страхування згідно із законодавством.

Одним із надзвичайно важких моментів для формування системи обов'язкового медичного страхування є визначення ціни кожного виду медичної допомоги і медичної послуги, вартість яких будуть відшкодовуватися з відповідного фонду. Вкрай необхідними, хоч і дискусійними, є запропоновані в Законопроекті № 4981 визначення понять «медична допомога», «медична послуга», «медичне обслуговування». Це основні складові системи страхування, без визначення їхньої форми у тілі майбутнього закону і змісту, який має формуватися на ґрунті клінічних протоколів та клінічних настанов (з якими



Одним із успішних кроків у сфері реформування охорони здоров'я є реімбурсація ліків за певними нозологіями. За виписаним дільничним лікарем рецептом пацієнт має можливість отримати безкоштовно визначені МОЗ у відповідному переліку ліки (зазвичай це генеричні препарати, що доступні за мінімальною ціною на ринку)

МОЗ треба терміново розбиратися та якнайшвидше усунути неузгодженості), неможливо визначити їхню вартість, а відтак і розмір відшкодування.

ДОВІРА ДО ДЕРЖАВИ ТА ДИСЦИПЛІНА

З досвіду історично близьких за попередньо існуючою системою охорони здоров'я радянського періоду сусідів — Польщі, Словаччини, Угорщини, — в яких існує обов'язкове медичне страхування, можна дійти висновку, що його введення завжди буде складним і соціально гострим процесом. Водночас досвід цих країн дає цікавий супутній наслідок впровадження обов'язкового медичного страхування: значно зростає рівень профілактики та вчасної діагностики, що, звичайно у довготривалій перспективі, дає відкладений позитивний економічний ефект — зменшення витрат на лікування самого захворювання. Обов'язкове медичне страхування дисциплінує всі сторони — як державу, що гарантує надання відповідної медичної допомоги, так і громадянина, який зобов'язаний дотримуватися «дисципліни» (вчасно проходити профілактичні медичні огляди, сумлінно виконувати приписи, займатися профілактикою, слідкувати за масою тіла, відмовитися від шкідливих звичок). Порушення такої дисципліни тягне за певними видами непокриття відповідного обстеження, зменшення відшкодувань (наприклад, у разі куріння) за певними нозологіями.

Світових правових конструкцій забезпечення ефективного обов'язкового медичного страхування є дуже багато, але всі вони ґрунтуються на принципі взаємної довіри громадянина і держави та сумлінному дотриманні прав і обов'язків. Яким би банальним не видавався цей принцип, він має практичне матеріальне відобра-

ження. Чим вищий рівень довіри суспільства до держави, тим заможніше суспільство і чим сумлінніше громадянин буде користуватися інструментами обов'язкового медичного страхування, тим ефективніше витратитимуться кошти.

ЗВОРОТНИЙ БІК РЕІМБУРСАЦІЇ

Хочу навести яскравий приклад зловживання громадянами своїм правом, що може знівелювати найкращу реформаторську ідею.

Одним із успішних кроків у сфері реформування охорони здоров'я є реімбурсація ліків за певними нозологіями. За виписаним дільничним лікарем рецептом пацієнт має можливість отримати безкоштовно визначені МОЗ у відповідному переліку ліки (звичай це генеричні препарати, що доступні за мінімальною ціною на ринку). Якщо ж пацієнт звик чи бажає придбати брендовий препарат (що є далеко не завжди виправданим) з ідентичною діючою речовиною, він повинен доплатити різницю в ціні між відповідним найдешевшим генериком і брендом. Так все і працює, на сторінку МОЗ приходять листи із словами «я вперше отримав ліки безкоштовно, дякую». Але є і зворотний бік.

Через недовіру до держави та побоювання щодо припинення фінансування програми реімбурсації пацієнти просять призначити препарати в підвищених дозах, симулюють із метою запастися безкоштовними ліками на майбутнє. Зрозуміло, що з таким підходом є ризик того, що бюджетних ресурсів може справді не вистачити.

Що ж ми матимемо у підсумку? Обов'язкове медичне страхування є єдиним та безальтернативним інструментом залучення належних і чітко визначених коштів до сфери охорони здоров'я. Правова культура і громадянська добродіяльність є гарантіями ефективного цільового використання акумульованих фінансових ресурсів. Ми всі без винятку повинні докладати максимум зусиль для її впровадження та максимально ефективного функціонування і як розробники законопроектів, і як розпорядники коштів, і як споживачі медичних послуг.

Денис Варивончик, д-р мед. наук, заслужений лікар України:

— Страхова медицина є однією з форм ресурсного забезпечення функціонування національних служб охорони здоров'я. Існують різні види та форми страхової медицини, які відрізняються джерелами надходження страхових внесків (з державного бюджету країни, від роботодавців, від застрахованих осіб тощо) та їхнім розподілом, які визначаються в обсягах покриття страхових виплат.

Впровадження в Україні страхової медицини має багаторічну історію питання. Однак основними проблемами, що гальмують її впровадження, є відсутність політичного консенсусу, обумовленого напруженням соціального питання, існуючим значним дефіцитом державного бюджету на тлі низького ВВП, значною корумпованістю в управлінні галузю охорони здоров'я тощо.



Денис Варивончик

З досвіду історично близьких за попередньо існуючою системою охорони здоров'я радянського періоду сусідів — Польщі, Словаччини, Угорщини, — в яких існує обов'язкове медичне страхування, можна дійти висновку, що його введення завжди буде складним і соціально гострим процесом. Водночас досвід цих країн дає цікавий супутній наслідок впровадження обов'язкового медичного страхування: значно зростає рівень профілактики та вчасної діагностики, що, звичайно у довготривалій перспективі, дає відкладений позитивний економічний ефект — зменшення витрат на лікування самого захворювання

Безумовно, страхова медицина є першочерговим заходом, що дозволить забезпечити справедливий, раціональний та контрольований перерозподіл значно обмежених фінансових ресурсів держави. Однак таке впровадження потребує й значних капітальних витрат держави, спрямованих на створення інфраструктурного забезпечення діяльності страхової медицини, підготовку лікарів-експертів, стандартизацію обсягів надання медичної допомоги, розрахунок їхньої собівартості тощо.

Одним із основних гострих питань залишається питання першочерговості покриття страхових випадків. У переліку такого покриття — профілактика інфекційних та основних неінфекційних захворювань, невідкладна медична допомога, надання медичної допомоги дитячому населенню, вагітним, соціально незахищеним верствам населення (пенсіонерам, безробітним, безхатнім, інвалідам тощо), пацієнтам з інфекційними та окремими неінфекційними хронічними захворюваннями (цукровий діабет, бронхіальна астма тощо). Однак економічні розрахунки свідчать, що навіть у разі впровадження змішаної (солідарної) форми обов'язкового медичного страху-

вання (державна, роботодавці, застраховані працівники, інші джерела) буде утворюватись значний дефіцит між отриманими страховими внесками та видатками на надання медичної допомоги. Це обумовлює необхідність скорочення переліку страхових випадків, які будуть покриватись обов'язковим медичним страхуванням. А це, своєю чергою, зумовить значне соціальне напруження, оскільки всі потребують якісної та доступної медичної допомоги, реально забезпечити яку неможливо.

Єдиним виходом із цієї складної ситуації є поступовий перехід на страхову медицину. Крім того, має бути сформований динамічний перелік страхових випадків: які з них будуть покриватись повністю, а які — частково. Необхідно також зберегти окремі державні програми цільового фінансування надання медичної допомоги населенню (при захворюванні на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, онкологічну патологію тощо), що дозволить забезпечити якісну та доступну медичну допомогу та знизити навантаження на страхову медицину.

Юлія Кіслєв, медпрацівник, Канада:

— У Канаді державне страхування забезпечується за рахунок податків, при цьому кожна провінція має власний бюджет. Страхування доступне будь-якому громадянину Канади або тому, хто має дозвіл на проживання в країні (навіть за відсутності роботи) і постійно мешкає на її території. Покриваються майже всі послуги, окрім лікарів-стоматологів, окулістів, фізіотерапевтів. Від роботодавця в окремих випадках можна отримати додаткову страховку на ті види послуг, що не покриваються державою.



Юлія Кіслєв

Підготувала Олександра Демецька