

Формування публічної інвестиційної моделі  
функціонування системи охорони здоров'я:  
суперечності та перспективи



Карамішев Д.В.

# Публічна інвестиційна модель функціонування системи ОЗ

## Мета запровадження:

- перерозподіл витрат на охорону здоров'я між державою і суспільством;
- чіткий, неконкурентний поділ на бюджетний, солідарний і приватний сектори;
- підвищення контролю за доступністю та якістю надання медичної допомоги.

# Вимоги до публічної інвестиційної моделі функціонування системи охорони здоров'я

- визначення шляхів збільшення та чіткого розмежування джерел фінансування охорони здоров'я;
- визначення правових, економічних, організаційних засад **соціального медичного страхування** в Україні;
- створення умов для надання доступної та якісної медичної допомоги населенню;
- забезпечення адресності та цілеспрямованості коштів **соціального медичного страхування**;
- сприяння значному покращенню умов праці медичних працівників та підвищенню їх професійної відповідальності;
- підвищення дієздатності системи за рахунок запровадження **соціального медичного страхування**.

# Що таке соціальне страхування

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування – це система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає **матеріальне забезпечення** громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності.

*(ст. 1 Основ законодавства про ЗДСС)*

# Види загальнообов'язкового державного соціального страхування

- пенсійне;
- у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;
- **медичне;**
- від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання;
- на випадок безробіття;

*(ст. 4 Основ законодавства про ЗДСС)*

# Об'єкт загальнообов'язкового державного соціального страхування

страховий випадок, із настанням якого у застрахованої особи виникає право на отримання **матеріального забезпечення та соціальних послуг**.

*(ст. 6 Основ законодавства про ЗДСС)*

Страховий випадок в системі медичного страхування – захворювання.

# Види соціальних послуг та матеріального забезпечення в системі ЗДСМС

- За загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням надаються такі види соціальних послуг та матеріального забезпечення:
  - (пов'язані з) діагностикою та амбулаторним лікуванням;
  - (пов'язані з) стаціонарним лікуванням;
  - надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення;
  - забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли важкі операції або мають хронічні захворювання.
  - профілактичні та освітні заходи.
- *(із ст. 25 Основ законодавства про ЗДСС)*

# Концепції соціального медичного страхування

## Суспільно-солідарна (акцент на доступність)

- солідарність (багатий платить за бідного);
- справедливість (універсальна програма послуг для всіх);
- відсутність конкуренції (виключає селекцію ризиків);
- простота (зрозумілий механізм управління);

## Цивільно-правова (акцент на якість)

- регресивність (бідні платять відносно більше ніж багаті);
- варіативність (індивідуальні договірні програми послуг );
- конкуренція (веде до штучної селекції ризиків);
- складність (складний механізм управління);



# Ризики в системі соціального медичного страхування

*Головним в соціальному страхуванні є забезпечення адекватного розподілу ризиків та відповідне відшкодування матеріальних збитків у разі настання страхового випадку.*

Ризик – міра небезпеки, розмір шкоди в результаті настання страхової події (випадку).

Ризики у разі захворювання:

- пов'язані з витратами на придбання медикаментів
- пов'язані з витратами на діагностичне обстеження
- пов'язані з доступністю та якістю надання мед. допомоги, а також з проф. відповідальністю мед. персоналу.

# Ключовий момент

- *“Важливіше не як збираються кошти, а як вони розподіляються”*

*Принцип розподілу коштів повинен забезпечувати корекцію фінансових ризиків, пов'язаних з витратами на медикаменти та вартісне діагностичне обстеження.*

*Фінансування за надання “віртуальних” медичних послуг буде розпорошувати страхові кошти, які не підуть на користь пацієнтам.*

# Тема для обговорення

Яка модель функціонування системи охорони здоров'я та медичного страхування може бути впроваджена у найближчі 5 років?

- побудована на принципах суспільної солідарності;
- побудована на цивільно-правових засадах;
- складна (змішана);
- спрощена (система компенсаційних виплат).

# Рік 2008

Різне бачення процесу запровадження інвестиційної моделі:

- На розгляді в Комітеті ВР з питань соціальної політики та праці знаходяться три проекти Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».
- Дорадча Рада при Комітеті ВР з питань охорони здоров'я працює над проектом “Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування” .
- Міністерство охорони здоров'я розробило Концепцію загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

# Результат протистояння

- - відсутність консенсусу щодо вибору моделі обов'язкового страхування (МОЗ – Верховна Рада – МСП)
- - на розгляді у ВР знаходяться полярні законопроекти
  - Закон не прийнятий

Кому це вигідно?

# СУПЕРЕЧНОСТІ

- Складність побудови системи ЗДСМС в Україні пов'язана з неузгоденістю з деякими законодавчими документами та з небажанням змінити ситуацію, або...?
- Чи можна побудувати ліберальну модель медичного страхування на соціальному законодавстві?

# РОЗВ'ЯЗАННЯ СУПЕРЕЧНОСТЕЙ

- Запровадження ЗДСМС в Україні потребує суттєвих змін вітчизняного законодавства.
- Будь які інші спроби або приречені на невдачу, або створюватимуть прецеденти, які призведуть до подальшого розбалансування системи.

# ОМС і ринок медичних послуг

- Однією з основних причин неефективності функціонування системи ОЗ є не сформованість ринку медичних послуг та відсутність ефективного посередника, що може забезпечити належну організацію та захист застрахованої особи.
- Несформований ринок медичних послуг унеможлиблює запровадження конкурентних відносин у системі охорони здоров'я у найближчій перспективі.



# Говорити про ринок медичних послуг МОЖЛИВО за таких умов:

- визначеності (споживач точно знає, які послуги і в якій кількості йому потрібні);
- повної інформованості як виробників, так і споживачів не тільки щодо змісту послуг, а й щодо наслідків їхнього надання;
- незалежності споживачів та прийняття рішень без будь якого зовнішнього впливу;
- значної кількості незалежних виробників, що взаємодіють на ринку та реагують на зміни в попиті та пропозиції.

Якщо не забезпечені вищезазначені умови, то про ринок медичних послуг говорити неможливо, а тому й сумнівним є проведення розрахунків і відшкодування надавачам за відповідні “псевдопослуги” .

# РОЗВ'ЯЗАННЯ СУПЕРЕЧНОСТЕЙ

- Говорити про надання медичних послуг можливо лише тоді, коли пацієнт і лікар є рівноправними суб'єктами взаємовідносин.
- Наявність між споживачем (пацієнтом) і виробником (медичним закладом) проміжної ланки (страхової організації) забезпечить формування підвалин зрозумілих рівноправних відносин та незалежного контролю за якістю медичної допомоги.

# Принципи побудови системи ОМС

Зробити просту та раціональну систему.

Вона повинна перш за все:

- бути спрямована на задоволення потреб споживачів (пацієнтів);
- бути корисною та зрозумілою для надавачів (лікарів);
- бути найменш витратною для платників (роботодавців).

Введення ОМС в Україні поступово.

- На початковому етапі – створення системи покриття майнових витрат споживачів (лікарські засоби та діагностика).
- На наступному етапі – забезпечення належного функціонування системи з боку надавачів медичних послуг.

# Етапи запровадження ОМС

## I етап.

- забезпечення доступу до якісного діагностичного обстеження;
- забезпечення доступу до якісних лікарських засобів;

## II етап.

- запровадження договірних відносин між розпорядниками коштів та постачальниками послуг;
- створення системи стандартизації та запровадження моделей оплати медичних послуг.

# РЕІМБУРСАЦІЯ

Система компенсації вартості лікарських засобів .

- В пострадянській Україні започаткована в 1998 році (Постанова КМУ №1303 від 17.08.98)
- Ціль – надання фармацевтичної допомоги певним категоріям населення та хворим на соціально небезпечні та тяжкі хронічні захворювання.
- Проблема – істотне бюджетного недофінансування забезпечення ліками відповідних категорій.
- У розвинених країнах за рахунок страхових коштів покривається основна частка лікарських засобів (70-90%), які споживаються.
- В Україні пацієнти самостійно оплачують понад 85% вартості ліків.
- В структурі бюджету на закупівлю ліків виділяється лише близько 8%.
- Рівень споживання лікарських засобів на душу населення – це економічний показник, який дозволяє оцінити ефективність медичної допомоги в частині ефективності системи компенсації вартості ліків.

# Механізми реімбурсації

- Для застрахованих осіб – безпосередня оплата пацієнтом, одержання рахунку на витрачену суму та подання рахунку на сплату до страхової організації.
- Для аптек та медичних закладів – компенсаційні кошти надходять безпосередньо від страхової організації на підставі договору між нею та медичним закладом або аптекою.
- Фіксована або диференційована сплата певної фіксованої суми або відсотка від вартості лікарського засобу (наприклад 10 грн. – фіксовано за виписаний лікарський засіб та 50% вартості лікарського засобу).
- Позитивний перелік – списки ліків, вартість за отримання яких підлягає відшкодуванню.
- Негативний перелік – лікарські засоби, що не підлягають компенсації їх вартості.

# DRG – diagnosis related group

- Система стандартизації та класифікації медичних послуг (DRG) за груповим принципом.
- Запроваджена з метою раціоналізації оплати стаціонарної медичної допомоги, визначення сукупної вартості послуг та запобігання надмірного зростання їх вартості. .
- Надмірна деталізація послуг веде до надмірних неконтрольованих витрат та подорожчання системи надання медичної допомоги в цілому.
- У США з 1983 року (в системі Medicare). З 1.10.2007 – 25 версія.
- У Німеччині з 1990 року діє Австралійська система DRG.
- У різних країнах діє 6 варіантів DRG.
- Удосконалення йде в напрямку об'єднання в групи та уніфікації оплати в різних медичних закладах.

*“Ти ніколи не вирішиши проблему,  
якщо будеш намагатися думати  
так само, як ті, хто її створив”*

Альберт Ейнштейн