

Дорожня карта впровадження медичного страхування

I. Вступ

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, одним з основних принципів охорони здоров'я є рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я.

Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом фінансування надання всім громадянам гарантованого обсягу медичних, реабілітаційних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом (пункт «в» статті 7 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

На сьогодні фінансування у сфері охорони здоров'я базується на основі принципів всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я, солідарності та справедливості. Зокрема, важливим є принцип солідарності та універсального охоплення населення медичними послугами, щоб кожна особа мала однаковий доступ до медичної допомоги, мала змогу отримати її своєчасно, в необхідному обсязі і не зазнаючи при цьому катастрофічних витрат.

Значення солідарності у системі охорони здоров'я полягає у тому, що кожна особа, залежно від свого доходу, віддає його частину з метою допомоги особам, які цього потребують, через податкові відрахування, що гарантує рівність доступу до медичних послуг для кожного громадянина. Відтак держава захищає населення від соціальних та фінансових ризиків у системі охорони здоров'я, де фокусом виступає людина та її потреби.

II. Система фінансування охорони здоров'я

Система фінансування охорони здоров'я – складний механізм, який забезпечує збір, розподіл та використання коштів для забезпечення медичних потреб населення. Для ефективного функціонування такої системи необхідно забезпечити стійке фінансування, яке забезпечить доступність та якість медичної допомоги всім громадянам.

До основних компонентів системи фінансування охорони здоров'я відноситься:

- 1) Збір коштів, який зазвичай здійснюється з кількох джерел: загальнодержавний бюджет. Уряд виділяє певну суму з державного бюджету на охорону здоров'я. Ці кошти можуть надходити з податків, акцизів, та інших джерел державних надходжень;

обов'язкове медичне страхування. Деякі країни мають систему обов'язкового медичного страхування, де громадяни здійснюють індивідуальні внески або відраховують страхові внески із заробітної плати. Ці кошти збираються у спеціальний медичний фонд, з якого потім компенсуються медичні послуги;

медичне страхування на добровільній основі, що здійснюється шляхом укладення громадянами або юридичними особами-роботодавцями договорів медичного страхування з страховиками (далі – додаткове медичне страхування). У багатьох країнах громадяни мають можливість додатково застрахувати своє здоров'я за допомогою приватних страхових компаній. Це дозволяє пацієнтам отримати розширений пакет послуг або звертатися до приватних закладів охорони здоров'я за тарифами відмінними від тих, які покриває держава;

інші джерела. До інших джерел можуть входити благодійні внески, державні та міжнародні гранти, пожертвування та інші надходження, що спрямовуються на розвиток охорони здоров'я.

2) Пулінг (об'єднання) коштів.

Пулінг коштів у системі охорони здоров'я передбачає збір фінансових ресурсів в один спільний фонд з метою подальшого розподілу ризиків між багатьма пацієнтами. Витрати на лікування конкретної особи важко передбачити з точки зору ймовірності та їх розміру порівняно з іншими державними зобов'язаннями. Чим більший пул, тим стійкішою є система щодо відшкодування несподіваних витрат у разі виникнення нових випадків.

Оптимальний розмір фінансового пулу для повного розподілу ризиків між учасниками визначається актуарними розрахунками, що ґрунтуються на законі великих чисел, теорії ймовірності, демографічних та епідеміологічних статистиках. Більші пули мають більшу фінансову стійкість.

Процес пулінгу дозволяє ефективно використовувати кошти та забезпечує більш рівний доступ до медичної допомоги, оскільки всі кошти збираються в один спільний фонд. Важливо, щоб механізм розподілу ризиків дав змогу розпорядникові зібраних коштів використовувати всі ресурси для фінансування потреб у медичній допомозі кожного, що виникли в цьому пулі, і не розбивав його на окремі «кишені», що забезпечує стабільність фінансової системи.

3) Використання коштів.

Ефективне використання коштів – це ключовий аспект системи фінансування охорони здоров'я. Основні напрямки використання коштів включають:

фінансування медичних послуг. Фінансування охорони здоров'я використовується для оплати медичних послуг, лікарських засобів, діагностичних процедур та лікування пацієнтів і може здійснюватись за кількома основними механізмами: оплата за послугу, оплата за випадок, оплата за результат, капітаційна ставка тощо;

профілактика. Частина коштів спрямовується на профілактичні заходи, що мають на меті попередження захворювань та збереження здоров'я населення;

інфраструктура. Фінансові ресурси також можуть використовуватись для покращення медичної інфраструктури, включаючи будівництво та оснащення закладів охорони здоров'я;

навчання та дослідження. Частина коштів може бути спрямована на навчання медичних працівників та наукові дослідження для підвищення якості та ефективності медичних послуг.

III. Реформа фінансування охорони здоров'я

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та іншими нормативно-правовими актами, прийнятими на його виконання, змінено механізм використання більшої частини коштів Державного бюджету України, що спрямовувались на фінансування охорони здоров'я. Фінансування більшості закладів охорони здоров'я постатейним кошторисним принципом змінилось на оплату медичних послуг, що надають пацієнтам. На заміну медичній субвенції розпочали впроваджувати програму медичних гарантій, яка складається з визначеного переліку медичних послуг, які можуть гарантовано отримати пацієнти.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 було утворено Національну службу здоров'я України, яка укладає договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з закладами охорони здоров'я та здійснює їм оплату наданих медичних послуг, що дозволяє реагувати на нові виклики, створює фінансові стимули для покращення управління закладами охорони здоров'я та надає пацієнтам гарантії щодо того, які медичні послуги вони можуть отримати безоплатно.

Програма медичних гарантій, зокрема, базується на принципі надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками.

Таким чином, змінився один з трьох основних компонентів фінансування системи охорони здоров'я – механізм використання коштів, які, як і раніше, збирались в Державному бюджеті України за рахунок загальнодержавних податків та зборів.

Запропонована модель фінансування системи охорони здоров'я відповідає кращим світовим практикам, що неодноразово підтверджувалось Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Світовим банком та іншими авторитетними міжнародними організаціями.

Загалом механізм фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавного бюджету має свої переваги порівняно з механізмом обов'язкового медичного страхування:

1) універсальний доступ. Система фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків дозволяє забезпечити універсальний доступ до медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від статусу зайнятості, віку чи стану здоров'я. Усі громадяни отримують медичні послуги на основі медичних потреб, що не залежить від можливостей оплати страхових внесків;

2) ефективність та економія. Система фінансування за рахунок загальнодержавних податків дозволяє зменшити адміністративні витрати, пов'язані з управлінням страховими компаніями та контролем платежів;

3) солідарність. Фінансування охорони здоров'я з податків ґрунтується на принципі солідарності, коли більш забезпечені верстви населення сплачують вищі податки, але тим самим забезпечують доступність медичної допомоги для менш забезпечених. Цей підхід сприяє зниженню соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я;

4) підтримка серед населення. Системи фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків можуть бути популярні серед населення, оскільки вони сприяють створенню відчуття соціального захисту та довіри до державної системи охорони здоров'я.

Реформування системи охорони здоров'я полягало саме у зміні механізму використання коштів, а не інших компонентів.

IV. Розвиток додаткового медичного страхування

У зв'язку з негативними економічними наслідками широкомасштабної збройної агресії російської федерації проти України фінансування соціальної сфери, зокрема сфери охорони здоров'я, здійснюється за рахунок грантів та кредитів міжнародних організацій та урядів інших країн.

Більшість податкових надходжень до Державного бюджету України спрямовуються на фінансування сектору безпеки та оборони, а відтак фактично відсутній фіскальний простір для впровадження нових страхових внесків чи податків, фінансування.

Заразом, існуючих фінансових ресурсів недостатньо для забезпечення потреби громадян у достатньому обсязі та якості медичних послуг. А відтак актуальним є збільшення ролі додаткового медичного страхування, як потенційного джерела фінансових ресурсів для сфери охорони здоров'я, що матиме такі переваги:

1) розширення доступу до додаткових послуг. Додаткове медичне страхування дозволяє громадянам забезпечити себе додатковими послугами або покращити якість лікування, яку не охоплює програма медичних гарантій. Це може включати швидший доступ до лікарів-спеціалістів, покриття дороговартісних лікарських засобів та методів лікування або доступ до додаткових медичних послуг;

2) зменшення навантаження на державний бюджет: збільшення ролі додаткового медичного страхування може допомогти знизити навантаження на державний бюджет у сфері охорони здоров'я. Так як медичні послуги оплачують застрахованим особам страховики, то зменшується потреба у їх оплаті з Державного бюджету України;

3) забезпечення вибору. При додатковому медичному страхуванні громадяни мають ширший вибір надавачів медичних послуг, страховиків та страхових пакетів. Це сприяє конкуренції на ринку страхування та підвищує якість послуг, що надаються страховиками;

4) залучення приватного капіталу. Залучення додаткового приватного капіталу через медичне страхування може підтримати розвиток і модернізацію закладів охорони здоров'я та інфраструктури. Це може допомогти поліпшити якість та доступність медичних послуг для громадян;

5) зменшення строків очікування. Залучення медичного страхування може допомогти зменшити строк очікування на медичну допомогу, оскільки пацієнти можуть швидше отримати доступ до послуг за рахунок страхових компаній, які надають послуги з організації медичної допомоги.

Важливими кроками для збільшення ролі додаткового медичного страхування має стати:

1) чітке визначення медичних послуг, які не покриваються програмою медичних гарантій, а також інших випадків, за яких медичні послуги можуть надаватись пацієнтам за кошти фізичних та юридичних осіб.

З цією метою Міністерством охорони здоров'я України спільно з експертним середовищем буде розроблено необхідні нормативно-правові акти, які чітко встановлять випадки, в яких додаткове медичне страхування зможе доповнювати, а не дублювати програму медичних гарантій;

2) розвиток фармацевтичного страхування. Фармацевтичне страхування передбачає забезпечує відшкодування витрат на придбання лікарських засобів та/або медичних виробів. Цей тип страхування призначений для захисту пацієнтів від високих витрат на лікарські засоби, особливо у випадках, коли необхідні дороговартісне або довготривале лікування поза державних гарантій.

З цією метою Міністерством охорони здоров'я України спільно з об'єднаннями страховиків, банківськими установами та іншими заінтересованими організаціями буде організовано співпрацю в сфері додаткового медичного страхування витрат населення, пов'язаних із забезпеченням лікарськими засобами та медичними виробами;

3) покращення рівня співробітництва між учасниками систем державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та приватними страховиками. Недостатній рівень співробітництва та координації призводить до дублювання фінансування послуг та незабезпечення повного покриття для користувачів додаткового медичного страхування.

Для цього Міністерством охорони здоров'я України проводитимуться спільні заходи з страховиками, приватними закладами охорони здоров'я та іншими заінтересованими сторонами з метою тіснішої комунікації та пошуку шляхів вирішення проблемних питань.

4) спрощення механізмів для запровадження додаткового медичного страхування.

З цією метою Міністерством охорони здоров'я України розглядатимуться пропозиції, в тому числі у форматі робочих груп, щодо удосконалення нормативно-правового регулювання ринку, розвитку додаткового медичного страхування та суміжних питань;

5) підвищення рівня поінформованості населення. Багато громадян України не мають достатньої інформації про переваги та можливості медичного

страхування, що призводить до обмеженого інтересу та невеликої кількості людей, які обирають медичне страхування, а відповідно зростання вартості страхування.

Для популяризації медичного страхування об'єднання страховиків за підтримки Міністерства охорони здоров'я України проводитимуть інформаційні кампанії, які пояснюватимуть переваги та умови страхових пакетів.

Таким чином Міністерство охорони здоров'я України сприятиме розвитку системи додаткового медичного страхування, яка має доповнити, а не замінити систему державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

**Директор
Департаменту медичних послуг**

Тетяна ОРАБІНА