

Модель страхової медицини

Яку модель страхової медицини обрала Україна, чим вона відрізняється від інших?

В кожній країні діє своя страхова модель фінансування охорони здоров'я.

В усіх цих моделях є три компоненти:

1. передплатений страховий внесок громадянина;
2. акумулювання коштів, зібраних в страховий пул;
3. оплата медичному закладу за страховий випадок за конкретного пацієнта.

Кожна країна обирає свій спосіб збору страхових внесків, їх акумулювання та здійснення страхових виплат медзакладам.

Зараз перед МОЗ стоять два практичних завдання — розпочати реальне розгортання страхової моделі фінансування медицини в 2017 році та забезпечити 100% покриття громадян медичною допомогою. Тому була обрана модель, яка потребує мінімальних змін в законодавстві і рекомендована ВООЗом та міжнародними партнерами.

1. Передплатений страховий внесок громадянина

Збір страхових внесків в Україні вже існує: це загальна система оподаткування. В Україні надзвичайно велика доля тіньового ринку праці. Але навіть якщо громадянин отримує зарплату в конверті чи їздить на заробітки за кордон, він сплачує непрямі податки (ПДВ, акцизи), здійснюючи будь-яку покупку в магазині.

Запровадження додаткового спеціального збору з заробітної плати чи фонду оплати праці призведе до подальшої тінізації ринку праці в умовах економічної кризи.

Обмеження доступу до медичної допомоги для громадян, які офіційно не працевлаштовані, не може обговорюватись — доступ до медицини не може бути репресивним методом регулювання ринку праці.

Тому був обраний метод збору страхових внесків через загальне оподаткування — він вже є і працює.

2. Акумуляція зібраних коштів в страховий пул

Акумулювання коштів також вже діє: сплачені громадянами податки акумулюються в національному бюджеті.

В деяких країнах створюється спеціальний приватний чи державний фонд, де акумулюються кошти. На практиці такі фонди ніколи не бувають достатніми і дофінансуються з бюджету. Також, створення такого фонду в українських реаліях несе серйозні корупційні ризики та гарантовано призведе до тривалих політичних торгів.

Існує й інша модель, де кошти акумулюють приватні страхові компанії. На практиці приватним страховим компаніям вигідно працювати зі здоровими пацієнтами та не вигідно працювати з хворими — і країни, які запровадили таку модель, зіштовхнулись з проблемами в доступі до медичної допомоги громадян, які найбільше її потребують. Крім того, в подібній схемі від 20% бюджету охорони здоров'я йде на прибуток приватним компаніям, що Україна не може дозволити собі фінансово. Тому була обрана схема з акумулюванням коштів в бюджеті — вона вже існує і працює.

3. Оплата за страховий випадок за конкретного пацієнта

Цього елемента в Україні на сьогодні не існує і ми його створюємо.

Для його реалізації створюється технічна Агенція “Національна служба Здоров'я” (у статусі центрального органу виконавчої влади). Зібрані кошти залишаються в бюджеті, агенція ними не володіє, а лише управляє.

У Агенції є три ключові функції:

- 1) укладати контракти з медичними закладами та приватними практиками
- 2) контролювати якість надання послуг
- 3) збирати та аналізувати дані.

Роль агенції — сплачувати кошти конкретним лікарям та медзакладам за надання послуг конкретним пацієнтам. Саме агенція забезпечує функціонування принципу “гроші йдуть за пацієнтом”

Аналогічна модель (податки-бюджет-агенція) діє у Великій Британії, Скандинавії, Італії, Іспанії, Канаді та показала свою високу ефективність.

Також ця модель рекомендується ВООЗ для запровадження у країнах, що розвиваються.

Первинний рівень

Як працюватиме страхова модель на первинному рівні?

Кожен пацієнт обирає собі сімейного лікаря (терапевта, педіатра) та укладає з ним угоду, де чітко визначено обсяг гарантованих медичних послуг.

Дохід сімейного лікаря напряму залежатиме від кількості угод, укладених з пацієнтами.

Агенція на підставі цих даних забезпечує оплату лікарю за кожного пацієнта.

Скільки Агенція платитиме за одного громадянина?

В Тарифі за кожного пацієнта враховуються коефіцієнти ризику по статі та віку (новонароджені, діти, жінки репродуктивного віку, пенсіонери).

Оскільки роботи з такими пацієнтами більше, то й тариф за них суттєво вищий.

Наприклад, коефіцієнт на дітей до року буде щонайменш вдвічі вищий за коефіцієнт контрольної групи чоловіків 18-39 років.

В середньому сімейний лікар отримуватиме від агенції 210 грн за одного пацієнта.

Чому модель називається страховою, якщо Агенція на первинному рівні платить не за конкретні випадки захворювання, а сплачує річний тариф за підтримку пацієнта?

Світовий досвід засвідчує: розкладання первинної допомоги на окремі послуги та контроль за цим призводить до того, що затрати на адміністративні роботи сімейного лікаря вищі, ніж ефект.

Ми запроваджуємо модель, яка довела свою ефективність в світі — лікар отримує тариф за підтримку пацієнта та несе відповідальність за якість роботи, а Агенція разом з громадянином контролює результат.

Тариф за пацієнтів сформований таким чином, щоб покривати усі середньостатистичні ситуації, з якими до сімейного лікаря звертаються пацієнти.

Ми не ставимо задачу створити нову репресивну систему звітності замість

старої. Наша задача — вибудувати фінансові стимули, за якими сімейний лікар буде зацікавлений підтримувати громадянина здоровим, а громадянин зможе поміняти лікаря, якщо йому не подобається якість послуг.

Як здійснюється контроль роботи сімейних лікарів?

Роботу лікаря контролює Агенція і сам громадянин.

Головний контроль — від самих громадян. Якщо їм не подобається якість роботи лікаря, вони його міняють.

Агенція буде ініціювати розривання контракту за невідповідність лікування медичним протоколам.

Також зараз ми шукаємо можливість створити гарячу лінію для пацієнтів, куди вони зможуть звернутись до фахівців агенції з запитом на перевірку якості роботи сімейного лікаря.

Чи буде сімейний лікар видавати лікарняні листки? Чи будуть це бланки суворої звітності і хто контролюватиме сімейного лікаря в цьому питанні?

Так, лікарі первинної ланки будуть видають лікарняні. Спільно з Мінсоцполітики ми працюємо над розробкою електронного лікарняного листка та сподіваємось, що він буде запроваджений в 2017 році.

Чому акцент робиться саме на сімейного лікаря, терапевта, педіатра?

Сімейний лікар знає одночасно все і про своїх пацієнтів, і про те, як влаштована медична система. Його головне завдання — не дати пацієнту захворіти. Але якщо це трапилось, сімейний лікар стає його головним помічником.

Якщо сімейний лікар може вилікувати громадянина сам, він робить це — і світовий досвід показує, що це найбільш ефективно. Первинна допомога в ефективно працюючих системах в світі покриває до 82% всіх медичних звернень.

В Україні ж до сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів звертаються лише в 20% випадків.

Якщо сімейний лікар не може вилікувати людину сам, він спрямовує її в системі охорони здоров'я, координує лікування, він знає де це зможуть зробити.

Що конкретно робить лікар первинної допомоги і за що йому платить агенція?

Сімейний лікар — це людина, до якої можна звернутись з усіма питаннями, пов'язаними зі здоров'ям, агентом громадянина в медичному світі.

У сімейного лікаря є кілька ключових задач:

— раннє виявлення ризиків для здоров'я людини

— лікування всього, що може зробити лікар без спеціалізованого обладнання

— координація лікування громадянина в більш складних випадках.

Перелік обов'язків сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів буде прописаний в стандарті первинної допомоги та доданий до їх угоди з громадянином.

Існує багато нарікань, що сімейні лікарі недостатньо фахово підготовлені та не зможуть лікувати людей?

Український досвід засвідчує, що за умови створення правильних фінансових стимулів та навчання лікарів за сучасними європейськими методиками, можна досягти суттєвого покращення якості допомоги. І наше завдання — дати лікарям доступ до цих інструментів.

Ми не намагаємось нікого дурити — сьогодні українські лікарі вміють те, що вони вміють. Наше завдання — створити умови, за яких у кожного українця до 2019-го року буде можливість знайти собі лікаря, який вміє працювати згідно з сучасними стандартами.

Ми переконані, що українські лікарі не менш здібні ніж хорватські, македонські, польські. А запровадження достойної оплати та конкуренція за пацієнта зроблять все інше.

Чому первинка реформується, а не вдосконалюється те, що працює зараз?

Первинна допомога — фундамент будь якої системи охорони здоров'я, що ефективно працює. Якщо первинка не працює, система розвалюється, як це відбулось в Україні. Система первинної допомоги здатна за 20-30% бюджету медицини вирішити до 80% медичних проблем у громадян.

Це означає, що ми зможемо вивільнити ресурси для лікування людей у випадку більш складних захворювань.

Чи не закінчатся гроші на первинку в середині року?

Оскільки ми обраховуємо кошти з розрахунку на кожного громадянина, заплановані вони також відразу на весь рік.

В яких регіонах реформа запрацює швидше?

Умови для запуску системи ми створимо одночасно по всій країні. Ніяких преференцій чи "пілотних регіонів" не буде.

А успіх в конкретному регіоні залежатиме від зусиль місцевої влади.

МОЗ розробляє дорожню карту и чіткий перелік вимог, які необхідно виконати місцевій владі для того, щоб Агенція почала укладати контракти з практиками первинної ланки медицини.

В тих регіонах, які виконають ці умови першими, люди відчують різницю швидше за інших.

Як обрати свого сімейного лікаря?

В перший рік громадяни зможуть міняти лікаря стільки разів, скільки вважатимуть на необхідне. Тому обирайте лікаря, якому довірятимете. Якщо ви не знаєте кого обрати, поспілкуйтесь з різними лікарями в найближчій поліклініці, розпитайте друзів та знайомих. Ми скасовуємо територіальну прив'язку. Тому ваш вибір не обмежуватиметься місцем проживання.