

## Розбудова системи ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: досвід Республіки Молдова



**ЮРІЙ МОЧАЛОВ**

доцент ДВНЗ  
«Ужгородський  
національний  
університет»

Наразі система охорони здоров'я України перебуває в критичному стані. Галузь не виконує своїх функцій і завдань, до яких, зокрема, належать профілактика та лікування найпоширеніших захворювань, забезпечення населення медикаментами та сучасними видами високотехнологічного лікування, забезпечення адекватної доступності пересічного громадянина до медичної допомоги. Одним із шляхів подолання такої невітної ситуації є запровадження загального обов'язкового медичного страхування населення. Проаналізуємо досвід Республіки Молдова у цій сфері

**КРИТИЧНИЙ** стан охорони здоров'я зумовлений багатьма факторами: це і недосконалість національного законодавства — неоднозначність понять і відносин, суперечливі норми та їх трактування; нераціонально побудована мережа лікувально-профілактичних закладів різної форми власності та підпорядкування, із гіпертрофованою стаціонарною ланкою (модель радянської охорони здоров'я); проблеми кадрового забезпечення (збільшення кількості фахівців вузьких спеціальностей); формалізація медичної додипломної та післядипломної освіти тощо.

Окремо варто виділити комплекс питань, пов'язаних із фінансуванням лікувально-профілактичних закладів та організацією їх господарської діяльності, — неадекватність бюджетного законодавства, податковий тиск, проблематичне регулювання процесів державних закупівель, збільшення обсягів адміністративних витрат, пов'язаних із державним регулюванням медичної практики тощо. Традиційною вадою системи охорони здоров'я України є перманентний дефіцит державного фінансування галузі, що унеможлиблює її розвиток і впровадження у практику новітніх високотехнологічних і наукових лікувальних і діагностичних технологій.

Одним із шляхів подолання такої ситуації є запровадження загального обов'язкового медичного страхування населення. Так, проаналізувавши досвід сусідніх країн колишнього соціалістичного табору, розуміємо, що Російська Федерація та Республіка Молдова вирішили проблеми фінансування галузі охорони здоров'я, саме запровадивши загальнообов'язкове медичне страхування населення, а Республіка Білорусь — модернізувавши та зміцнивши радянську систему медичного забезпечення, розроблену Семашко М.О.

#### **ВАЖЛИВО ЗНАТИ!**

Традиційною вадою системи охорони здоров'я України є перманентний дефіцит державного фінансування галузі, що унеможлиблює її розвиток і впровадження у практику новітніх високотехнологічних і наукових лікувальних і діагностичних технологій

Досвід Республіки Молдова у розбудові системи медичного страхування є досить цікавим для України, оскільки країні вдалося провести таку реформу в умовах тотального бюджетного дефіциту та стагнації галузі. Однак вона продемонструвала свою ефективність уже дуже скоро.

### **ПЕРЕДУМОВИ ТА ПРОЦЕС РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕСПУБЛІКИ МОЛДОВА**

Практична підготовка до введення загальнообов'язкового медичного страхування розпочалася у вересні 2001 року і тривала близько півтора року. Створена урядова група вивчила досвід і моделі медичного страхування багатьох країн світу. Шляхом аналізу вихідних умов республіки, рівня соціального, економічного розвитку, демографічних показників та показників захворюваності населення, особливостей національного законодавства і традицій була розроблена власна

система загальнообов'язкового медичного страхування. Правовою базою системи стали 4 закони і 18 постанов уряду, які забезпечили створення та функціонування необхідних інституційних ланок нової системи. Саме цю модель згодом Всесвітня організація охорони здоров'я назвала «Молдовською моделлю медичного страхування», яку високо оцінили міжнародні експерти та було рекомендовано іншим країнам Східної Європи як успішну модель.

Тестування нової системи розпочалося 1 липня 2003 року у медичних закладах адміністративного району Хинчешти. За підсумками перших трьох місяців практичного застосування нової моделі стало зрозуміло, що така система:

- збільшує доступність медичної допомоги для населення;
- сприяє раціональному використанню фінансових ресурсів як державою, так і медичними закладами;
- виявилася реальним механізмом фінансового захисту населення для мало-забезпечених верств населення.

Вирішальною датою стадії підготовки стало 17 листопада 2003 року — у цей день були оприлюднені перші результати функціонування пілотного проекту та визначена дата початку реформи на території всієї республіки — 1 січня 2004 року.

### РЕЗУЛЬТАТИ РЕФОРМУВАННЯ

Загальне обов'язкове медичне страхування в Республіці Молдова за період 2001–2009 року зумовило збільшення фінансування системи охорони здоров'я у 6,4 разів. Водночас постійно зростала і частка державного фінансування, і в 2008 році вона склала 5,8 % ВВП, порівняно з 2,8 % у 2001 році. Сам ВВП за цей час зріс на 65 %. Це дозволило збільшити обсяг медичних послуг та розширити перелік компенсованих медикаментів, збільшити обсяг медичного обслуговування в рамках національних програм охорони здоров'я, підвищити заробітну плату медичним працівникам у 8 разів.

Поряд з цим проводилися структурні реформи системи охорони здоров'я, які посилили ефект впровадження страхової моделі, зокрема:

- відбулися консолідація та зміцнення первинної ланки системи охорони здоров'я (загальної практики — сімейної медицини) — було створено та капітально відремонтовано більше 200 центрів здоров'я, а їх співробітники — сімейні лікарі — були забезпечені новітнім обладнанням та службовим транспортом;
- відбулися реорганізація та зміцнення служби невідкладної медичної допомоги — закуплено більше 200 спеціалізованих автомобілів та реанімобілів, що майже вдвічі збільшило ефективність функціонування системи, особливо в сільській місцевості;
- було відновлено та модернізовано лікарняну інфраструктуру — Республіканська лікарня для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, Респу-

бліканська лікарня фтизіопульмонології, Станція переливання крові, Національна служба гемодіалізу, Центр матері і дитини, всі перинатологічні центри країни отримали нове обладнання;

- було підвищено доступність основних лікарських засобів для населення.

#### ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Громадянин сам сплачує визначений страховий внесок і в обмін на це отримує пакет гарантованих медичних послуг; усі малозабезпечені громадяни можуть бути застраховані державою (для цього громадянин має звернутися до відповідних структур соціального захисту, таке страхування не поширюється на громадян автоматично)

Так, унаслідок змін значно підвищився рівень доступності медичної допомоги для населення, особливо для жителів сільської місцевості. Протягом 2000–2008 рр. майже на два роки виросла тривалість життя населення — з 67,6 до 69,4 років. Скоротилася загальна смертність населення, у тому числі майже в 1,5 рази рівень смертності дітей до 1 року, і більш як у 2 рази — рівень материнської смертності.

### СТРУКТУРА СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РЕСПУБЛІЦІ МОЛДОВА

Чинна система загальнообов'язкового медичного страхування (*далі* — ОМС) в республіці не є новою, вона базується на європейській моделі: громадянин сам сплачує визначений страховий внесок і в обмін на це отримує пакет гарантованих медичних послуг; усі малозабезпечені громадяни можуть бути застраховані державою (для цього громадянин має звернутися до відповідних структур соціального захисту, таке страхування не поширюється на громадян автоматично).

Законодавством країни визначено 14 категорій населення, яким поліс ОМС надається безоплатно державою. До них, зокрема, належать:

- 1) багатодітні матері;
- 2) діти;
- 3) пенсіонери;
- 4) інваліди;
- 5) студенти;
- 6) безробітні;
- 7) люди, які отримують соціальну допомогу від держави;
- 8) ті, хто доглядає осіб, прикутих до ліжка.



**Офіційно працевлаштовані особи (за трудовим договором) щомісячно відраховують 8 % свого доходу в бюджет Національної компанії медичного страхування — 4 % працівник і 4 % роботодавець.**

Окрема категорія — це самостійно зайняті особи, вони мають придбати поліс ОМС самі. Для таких осіб діє різна категорія знижок — до 50 %. Водночас землероби, які отримують дохід від власного сільськогосподарського виробництва, мають право на знижку майже 75 % в разі придбання полісу ОМС до певного періоду. Крім того, практикується надання знижки на придбання річного полісу обов'язкового медичного страхування за прогресивною шкалою у разі придбання такого захисту наперед.

Національна компанія медичного страхування є державною фінансовою організацією із відокремленим бюджетом, яка уповноважена розробляти програми страхування, укладати індивідуальні договори обов'язкового медичного страхування безпосередньо із фізичними особами, через роботодавців або із державою — у разі надання полісу обов'язкового медичного страхування особі, яка належить до пільгових категорій населення. Національна компанія медичного страхування має право укладати договори про медичне обслуговування застрахованих за полісами ОМС осіб із лікувально-діагностичними закладами всіх форм власності та відомчого підпорядкування. В укладенні договорів присутній елемент планування — залежно від кількості наданих медичних послуг за попередній звітний рік. В ОМС діє система персоніфікованого обліку застрахованих осіб. Це дозволяє уточнювати страховий статус конкретної особи та вести адекватний облік страхових премій.



**Національна компанія медичного страхування як єдиний оператор ОМС щороку затверджує обсяги виплат і компенсацій за Єдиною програмою обов'язкового медичного страхування та бере участь в акредитації закладів охорони здоров'я, які є провайдерами медичних послуг.**

Рівень річних виплат за договорами ОМС у Національній компанії медичного страхування становить приблизно 95 % від зібраних премій. Враховуючи високий рівень соціального захисту в республіці, держава за рахунок компенсації вартості полісів ОМС, переданих для пільгових категорій населення, та знижок формує більше 55 % страхових премій за рік, які складають бюджет Національної компанії медичного страхування. Так, державний бюджет є основним донором страхового пулу в ОМС, також він є джерелом покриття дефіциту бюджету Національної компанії медичного страхування і тимчасових касових розривів.

Кошти Національної компанії медичного страхування надходять до медичних закладів і покривають затрати на медичні послуги, медикаментозну частину лікувально-діагностичного процесу, забезпечення харчуванням пацієнтів стаціо-

нарних медичних закладів, забезпечення пацієнтів стаціонарів готельними послугами, на оснащення й обладнання медичних закладів публічного сектору охорони здоров'я, оновлення парку санітарного автотранспорту, капітальних асигнувань.

Система обов'язкового медичного страхування Республіки Молдова оперує п'ятьма основними фондами:

1. Основний — для оплати поточних медичних послуг, включених до Єдиної програми, на всіх рівнях надання медичної допомоги: невідкладна, первинна, амбулаторна, стаціонарна, високоспеціалізована, медичного догляду вдома.

2. Резервний — для покриття додаткових витрат, пов'язаних із захворюваннями та невідкладними випадками, якщо річна їх кількість перевищує середні показники, закладені під час розрахунку Єдиної програми на поточний рік; для компенсації різниці між фактичними витратами, що йдуть на оплату поточних медичних послуг, і зібраними страховими преміями (очікуваним доходом) основного фонду.

3. Профілактичних закладів — для фінансування превентивних закладів, які знижують ризики виникнення захворювань, включаючи імунізацію, профілактичні обстеження (скринінги), а також заходи з популяризації здорового способу життя.

4. Розвитку та модернізації публічних провайдерів медичних послуг — придбання сучасного медичного обладнання та спеціалізованого санітарного транспорту, впровадження в практику нових технологій опалення, переробки медичних відходів, водопостачання, модернізація будівель та інфраструктури медичних закладів, впровадження інформаційних систем і технологій.

5. Управління системою ОМС — матеріально-технічна та фінансова підтримка функціонування системи ОМС під управлінням Національної компанії медичного страхування.

**Уся система обов'язкового медичного страхування Республіки Молдова функціонує за принципом «кошти йдуть за пацієнтом». Із основного фонду Національної компанії медичного страхування оплачується вартість медичних послуг, які надаються медичними закладами відповідно до договорів бенефіціарів ОМС.**

Національна компанія медичного страхування не надає переваги державним або приватним провайдерам медичних послуг, якщо з такими укладені договори на основі стандартизованих медичних послуг за єдиними тарифами, затвердженими урядом країни. Провайдери медичних послуг фінансуються залежно від обсягів, рівня складності наданих послуг та зареєстрованих результатів. Наразі загальна кількість контрактних медичних і фармацевтичних закладів перевищила 600 одиниць.



### ЗМІСТ ЄДИНОЇ ПРОГРАМИ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Єдина програма є документом, який готується Міністерством охорони здоров'я у співпраці з Національною компанією медичного страхування, і фактично є переліком нозологічних форм і станів, які потребують медичної допомоги. Водночас у документі викладається обсяг медичних послуг, що надається застрахованим особам. Перелік захворювань і обсяг медичних послуг переглядається щороку відповідно до потреб і страхових платежів бенефіціарів системи обов'язкового медичного страхування.

Станом на 2004 рік Єдина програма включала в себе 70 високоспеціалізованих послуг і не містила лабораторних досліджень. Останні були включені до програми на рівні первинної, амбулаторної та спеціалізованої допомоги із 2008 року. В 2008 році перелік включав 669 послуг і 430 високоспеціалізованих медичних послуг. З 2013 року бенефіціари системи ОМС отримали доступ до 188 додаткових високоспеціалізованих послуг.

Система ОМС працює регламентовано та регулюється чинним законодавством, постановами уряду, положеннями, наказами. Дотримання їх є не лише обов'язком, а й правом, яке гарантує доступ до медичних послуг у системі страхування.



**Документом, який надає фізичній особі доступ до медичного обслуговування є медичний поліс разом із посвідченням особи — це загальне правило для застрахованих осіб, які користуються послугами Єдиної програми.**

Сімейний лікар, фактично, виступає «провідником» пацієнта в системі ОМС і забезпечує для останнього доступ до всіх рівнів медичної допомоги в обсягах, передбачених Єдиною програмою.

Невідкладна догоспітальна медична допомога — пакет послуг, який надається пацієнтові, що перебуває в тяжкому стані, на місці нещасного випадку або під час транспортування до медико-санітарного закладу. Невідкладна догоспітальна медична допомога надається всім фізичним особам, незалежно від наявності у них страхового захисту.

Первинна медична допомога — це пакет медичних послуг, що включає профілактичні, консультативні з лікувальною і підтримувальною метою заходи, які надаються застрахованій особі сімейним лікарем особисто або його командою. Така допомога надається всім фізичним особам, навіть за відсутності у них статусу застрахованої особи за ОМС.

Спеціалізована амбулаторна медична допомога, у тому числі й стоматологічні послуги, — пакет медичних послуг, що надаються профільним лікарем-спеціалістом у разі лікування хвороб, яке не потребує госпіталізації пацієнта до стаціонару. Послуги спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги доступні

безоплатно лише для застрахованих за ОМС осіб, а також у разі захворювання на соціальні хвороби незастрахованих осіб, відповідно до Методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я та Національної компанії медичного страхування, які оновлюються щороку.

Стаціонарна медична допомога надається у випадках недостатнього ефекту попередніх рівнів надання медичної допомоги та за наявності показань до стаціонарного лікування пацієнта. Стаціонарна медична допомога доступна безоплатно лише для застрахованих за ОМС осіб, а також у разі соціальних захворювань для незастрахованих за договорами ОМС осіб, що фінансується із відповідних цільових державних програм та визначається Методичними рекомендаціями на рік.

**ВАЖЛИВО ЗНАТИ!**

Послуги спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги доступні безоплатно лише для застрахованих за ОМС осіб, а також у разі захворювання на соціальні хвороби незастрахованих осіб, відповідно до Методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я та Національної компанії медичного страхування, які оновлюються щороку

Медичний догляд пацієнта вдома — це пакет маніпуляцій, передбачених для застрахованих осіб, які страждають на хронічні захворювання в пізніх стадіях розвитку (наслідки гострих порушень мозкового кровообігу, онкологічні захворювання в термінальних стадіях, переломи шийки стегнової кістки), осіб, які перенесли важке хірургічне втручання і мають обмеження в пересуванні, не можуть самостійно дістатися до лікувально-профілактичного закладу. Такий вид послуг доступний лише для застрахованих за ОМС осіб.

Висококваліфіковані медичні послуги є високовартісними послугами медичної діагностики та лікування, які надаються за допомогою сучасного медичного обладнання із розширеними можливостями.

Програмою передбачене безоплатне надання ургентної стоматологічної допомоги, профілактичні огляди дітей і вагітних жінок.

**КОМПЕНСАЦІЯ ВАРТОСТІ МЕДИКАМЕНТІВ**

Компенсація медикаментів включена до базового пакету гарантій первинної медичної допомоги з огляду на те, що більшість нозологій лікуються амбулаторно, рецепт на відповідні медикаменти виписується сімейним лікарем, а в деяких випадках і вузьким спеціалістом — ендокринологом, психіатром або неврологом.



При цьому відповідальність за моніторинг такого лікування покладається на сімейного лікаря.

Компенсовані медикаменти — це лікарські засоби, вартість яких частково (50–70 %) або повністю (100 %) відшкодовується Національною компанією медичного страхування. Перелік таких медикаментів постійно модифікується і доповнюється Міністерством охорони здоров'я та Національною компанією медичного страхування відповідно до звернень і рекомендацій лікарів-спеціалістів, що входять до Профільної комісії із затвердження Списку компенсованих медикаментів для лікування низки захворювань: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, бронхіальна астма, гастрит і виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, епілепсія, шизофренія тощо.

Заповнюючи рецепт, лікар вносить до нього міжнародну назву препарату (або активну речовину). Завдяки цьому існує можливість вибору із певної кількості компенсованих медикаментів із різними комерційними назвами але із одною міжнародною назвою (активною речовиною), при цьому пацієнт має можливість обрати препарат відповідно до власних фінансових можливостей. Якість пільгових препаратів підтверджується шляхом щомісячного оновлення переліку, зареєстрованого в Національному каталозі цін. У 2013 році перелік було доповнено лікарськими препаратами для лікування бульозного епідермолізу, глаукоми, муковісцидозу, цукрового діабету I типу. Рецепти на компенсовані медикаменти приймають всі фармацевтичні заклади на всій території країни, які уклали відповідні угоди із Національною компанією медичного страхування.

### **ПОТОЧНІ ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ РЕСПУБЛІКИ МОЛДОВА**

Наразі система охорони здоров'я Республіки Молдова має й низку проблем. Серед них: постійний тиск на державний бюджет, що виникає внаслідок виконання державою власних зобов'язань із забезпечення страховими полісами пільгових верств населення: необхідність подальшого вдосконалення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів; потреба в запровадженні добровільного медичного страхування понад передбачені ліміти державою, оскільки окремі верстви населення із досить високими доходами воліють обслуговуватися лише в приватному секторі охорони здоров'я; наявність черг на отримання висококваліфікованих видів медичної допомоги тощо.

Крім того, існує кадровий «голод» системи охорони здоров'я, оскільки висококваліфіковані фахівці поступово емігрують до країн Західної Європи, де посадові оклади є значно вищими. А проблема малих окладів медичних працівників, звісно, зумовлює поширення практики додаткової винагороди лікаря пацієнтом. ■