

И.И. Никберг, д.м.н., профессор, член Ассоциации украинских медиков Австралии, г. Сидней



Медицинское страхование в Австралии



И.И. Никберг

Одним из важнейших условий обеспечения доступа населения Австралии к получению медицинской помощи является принятая в этой стране система медицинского страхования, становление и развитие которой имеет давнюю историю. Первый полис был оформлен барристером Верховного суда Тасмании, а впоследствии ее генеральным прокурором D. Gellibrand в 1833 г.

Значительное влияние на структуру и особенности медицинского страхования в Австралии оказывает традиционно высокий уровень расходов государства на здравоохранение: так, в 2008 г. эти затраты составили примерно 9% от внутреннего валового продукта. Суммарные инвестиции на медицинские цели в 2006-2007 гг. превысили 94 млрд долларов, из которых 8 млрд были выделены для ухода за престарелыми. В среднем на медицинские услуги для 1 жителя государство тратит 4,8-5 тыс. долларов ежегодно.

Современная структура медицинского страхования в Австралии имеет две составляющих — государственную и частную (смешанную, с участием государственного капитала). Основой государственного медицинского страхования является возмещение некоторых медицинских расходов населения системой Medicare, финансовая база которой формируется за счет обязательного налога, составляющего 1,5% от заработной платы и других доходов населения. Кроме того, для долевого покрытия расходов на частное страхование с граждан, имеющих индивидуальный годовой доход свыше 70 тыс. долларов, а совокупный (семейный) — свыше 140 тыс. долларов, дополнительно взимается еще 1%. В настоящее время обсуждается законопроект, предусматривающий увеличение этих сумм до 100 и 150 тыс. долларов соответственно. От обязательного налога освобождаются получающие пособие по болезни, незрячие, ветераны вооруженных сил и другие льготные категории населения.

Принципы функционирования программы Medicare

Право на помощь от Medicare имеют все граждане страны, а также иммигранты, у которых есть виза на ПМЖ, и обладатели виз, разрешающих работу в Австралии. Человек, получивший право на постоянное жительство, должен зарегистрироваться в Medicare в течение 2 недель после прибытия. При соответствии всем иммиграционным требованиям не позднее чем через 3 недели после подачи заявления он получает персональную карточку — один из основных идентификационных документов.

Страховка Medicare обеспечивает оплату или частичную компенсацию стоимости посещения врачей общей практики, специалистов (по направлению врача общей практики), диагностических исследований, пребывания и лечения в стационаре. Независимо от своих финансовых возможностей каждый австралиец имеет право на бесплатную госпитализацию в государственную больницу и бесплатное оказание медицинской помощи. Серьезным недостатком государственного медицинского страхования является то, что в большинстве учреждений существует очередь на проведение оперативных вмешательств, и ожидание может растянуться на 6-12 мес и более.

Программой Medicare не покрываются следующие виды медицинского обслуживания: стоматологическое обследование и лечение; услуги скорой помощи и логоспеда; физиотерапия; иглоукалывание; приобретение очков, контактных линз, слуховых аппаратов и других медицинских приборов; медицинские и больничные расходы в период зарубежных поездок; косметическая

хирургия; медицинские услуги, не являющиеся клинически обоснованными, и др.

Предполагается, что в 2009-2010 финансовом году Medicare компенсирует медицинские расходы населения на сумму 15 млрд долларов. В 2007-2008 гг. в рамках данной программы только на оплату услуг семейных врачей было выделено 4,5 млрд долларов. Значительная часть средств, выделяемых программой Medicare, направляется пожилым людям и пенсионерам в качестве компенсации расходов по приобретению лекарственных средств. В 2009-2010 гг. такие выплаты, как ожидается, превысят 8,2 млрд долларов. На ближайшую перспективу запланировано ежегодное увеличение государственного финансирования программы Medicare на 4-5%.

Частная и государственная страховка: что выбрать?

Расходы на медицинскую помощь и вспомогательное медицинское обслуживание являются значительной нагрузкой для семейного бюджета австралийцев. Существующие ограничения денежного возмещения медицинских расходов населением государством обусловили

такой страховки более спокойно относится к потенциальной необходимости госпитализации. У пациента с частным полисом есть право выбора врача; к тому же условия его пребывания в госпитале более комфортные.

Виды страховой компенсации и страховые взносы

В частных клиниках проходят лечение приблизительно 4 из 10 лиц, обращающихся за госпитальной помощью, что составляет почти одну треть всех дней госпитализации. Обладатель частной страховки имеет право быть госпитализированным и в государственную больницу. Дополнительные услуги, которые он получает там, оплачиваются за счет частной страховки. С целью поощрения такого вида обслуживания, снижающего затраты государства на функционирование медучреждений, Medicare частично (до 40%) компенсирует расходы частных пациентов. Финансирование данной статьи осуществляется из специального фонда, формируемого за счет дополнительного налога, о котором говорилось выше. По данным Австралийского института здравоохранения и социального обеспечения за 2008 г., необходи-

мость в госпитализации в возрастной группе 20-30 лет возникает у каждого пятого; в возрасте 31-40 лет — у каждого четвертого; среди лиц старше 50 лет — у каждого третьего пациента.

Обладателями частной медицинской страховки являются более половины всех австралийцев.

Частные медицинские фонды ежегодно выплачивают пациентам 6-8 млрд долларов. Львиную долю — 39-77% — в общей структуре страховых расходов составляет стоматологическое лечение.

Контингент лиц, пользующихся услугами частного страхования, различается в зависимости от возраста. В возрасте от 50 лет и старше тем или иным видом частного страхования пользуется более 45% населения, тогда как в возрасте 25-35 лет — всего 28%. Существенную выгоду имеет приобретение семейной страховки: так, для семьи из 5-6 человек ее стоимость такая же, как и для семьи из 2 человек.

Все негосударственные страховые фонды предлагают различные виды страховой компенсации и, соответственно, взимают различные страховые взносы за них. Самым крупным из частных страховых фондов является созданный в 1975 г. «Медибанк», который принадлежит правительству (оно является основным акционером), но работает в рамках общего нормативно-правового режима, установленного для всех других частных медицинских фондов. «Медибанк» предусматривает три уровня страхования: базовый, средний и общий. Сумма страхового взноса зависит от возраста и возмещения части расходов за счет федеральной компенсации. В отсутствие компенсации сумма взноса варьирует от 21 (для одного человека) до 93 (пара, семья) долларов за 6 мес, а при наличии в зависимости от возраста — от 12 до 66 долларов.

Перечень страховых случаев «Медибанка» включает: выбор врача и клиники; пребывание в частной клинике; повышенную комфортабельность при пребывании в государственном госпитале; транспортировку машиной «скорой помощи»; различные виды лечения (в том числе



стремление многих жителей воспользоваться услугами частных страховых компаний. Деятельность последних регулирует специальный закон о частном медицинском страховании, принятый в апреле 2007 г.

Сегодня в Австралии многие страховые организации предлагают полисы медицинского страхования. Однако лидерами в данной сфере являются специализированные частные страховые фонды, общее количество которых в 2008 г. составляло 38.

Приобретение частной страховки (в зависимости от стоимости страховых взносов и вида полиса) дает право на ряд дополнительных компенсаций, не охватываемых государственным страхованием. К ним относятся стоматологическое обследование и лечение; право на госпитализацию и услуги в частной клинике; частичное покрытие расходов пациента в случае госпитализации в государственный госпиталь; услуги специалистов по иглоукалыванию и массажу; приобретение очков, тонометра, глюкометра и др.

Одним из наиболее привлекательных факторов частного страхования является психологический: обладатель

хирургическое, кроме пластических операций, почечный диализ и др.) и вспомогательное обслуживание при пребывании в госпитале. Максимальная сумма страхового взноса составляет 2 тыс. долларов в год. При этом на некоторые дорогостоящие процедуры установлен длительный период ожидания (год, два и более). По преискуранту, введенному в действие с 1 апреля 2009 г., взимается ежемесячный взнос в сумме 95 долларов. В обмен страховщик обеспечивает финансовое покрытие перечисленных выше услуг, однако лимит на дорогостоящие процедуры, в том числе ортодонтические, — не более 2,5 тыс. долларов за 2 года.

«Медибанк» и другие страховые фонды оплачивают приобретение индивидуального глюкометра 1 раз в 2 года, слухового аппарата — 1 раз в 3 года), двух пар очков или одной пары бифокальных — 1 раз в 2 года.

Стоимость страхового полиса и размеры выплат

Сумма страхового взноса за пожизненное страхование зависит от возраста страхуемого, минимальная — 100 долларов в месяц. Базовая (самая низкая) сумма установлена для людей до 30 лет. За каждый последующий год взнос увеличивается на 2%. Например, страховой взнос человека в возрасте 40 лет будет на 20% выше базового, в возрасте 45 лет — на 30% выше и т. д.

Страховой фонд MBF, например, устанавливает предельные суммы страховой компенсации от 5 до 50 тыс. долларов и в зависимости от их размера и возраста страхуемого предусматривает диапазон страхового взноса от 17 до 66 долларов (для лиц до 44 лет) и от 56 до 517 долларов (75 лет). Сумма страховой выплаты MBF на случай смерти от несчастного случая составляет 500 тыс. долларов.

Можно застраховаться только на случай, если потребуется неотложная помощь. Сумма страхового взноса по оказанию такой услуги составляет для одного человека 7 долларов, для пары (семьи) — 14 долларов ежемесячно.

Зависимость суммы страхового взноса (полиса) от суммы, компенсируемой частным страховщиком, иллюстрируют расценки, установленные за страхование вызова скорой помощи. Так, годовой взнос одного человека при отсутствии полиса составляет 44 доллара, при 30-процентной компенсации — 31, при 35-процентной — 28, при 40-процентной — 26,5 доллара. Для пары (семьи) сумма взносов в два раза выше.

Приобретающий медицинскую страховку, как правило, заполняет специальную форму: отвечает на вопросы, имеющие отношение к его здоровью и образу жизни. Курение рассматривается как весомый фактор риска возникновения страхового случая. Так, например, при заключении договора на страховую компенсацию в 400 тыс. долларов устанавливается ежемесячный страховой взнос в размере: для некурящих мужчин и женщин в возрасте 46-49 лет — 242 и 217 долларов соответственно; для курящих — соответственно 510 и 372 доллара.

Перечень поводов для медицинского страхования и выплаты имеют весьма широкий диапазон. Так, например, максимальное страховое покрытие за медицинскую помощь при переломах имеет два уровня — 25 и 50 тыс. долларов. При этом регламентируется сумма выплат в зависимости от локализации конкретного перелома (палец, ребро, позвонки и т. п.). Она колеблется от 50 до 10 тыс. долларов. При оформлении страховки в 25 тыс. долларов ежемесячный взнос составляет 13,8 доллара, на 50 тыс. — 27,4.

Особой и весьма ответственной формой медицинского страхования является страхование профессиональной деятельности врачей. Существует 6 основных специализированных фондов, осуществляющих такое страхование. Ежегодно рассматривается примерно 2 тыс. страховых претензий, связанных с возмещением затрат, возникших в связи с профессиональной деятельностью врачей. Большинство исков — на сумму до 100 тыс. долларов; примерно 5% — более крупные — 500 тыс. долларов и больше. Именно эти крупные претензии оказывают существенное влияние на общую стоимость медицинского страхового возмещения. На их долю приходится более 40% выплат данного вида страхования. Ведущее место в страховании профессиональной деятельности принадлежит специалистам хирургического профиля. В одном из интервью для СМИ практикующий хирург заявил, что «...будет счастлив, если в течение нескольких месяцев к нему не возникнет страховых претензий от пациентов». Соответственно высок и уровень страховых взносов врачей-хирургов.

У некоторых специалистов ежегодные расходы на медицинское страхование исчисляются десятками тысяч долларов.

Страхование особых категорий граждан

Страхование зарубежных студентов на весь период обучения является обязательным. Более того, наличие документа о страховании входит в число условий, определяющих возможность пребывания и обучения в Австралии. Условия и формы такого страхования определяются специальной схемой. Обычно университеты рекомендуют своим учащимся конкретную страховую организацию, в частности уже упоминавшийся «Медибанк». Последним установлены следующие суммы страховых взносов: для индивидуального страхования на период 1 мес — 30 долларов; 3 мес — 88; 6 мес — 177; 9 мес — 265; 1 год — 354; 2 года — 672; 3 года — 1000; 4 года — 1345; 5 лет — 1680 долларов. Суммы страховых взносов, установленные другими компаниями, примерно сопоставимы (в среднем годовая страховка стоит около 370 долларов).

Значительное внимание уделяется медицинскому страхованию граждан, временно выезжающих за пределы Австралии. Хотя этот вид страхования производится исключительно на добровольной основе, им пользуются почти все собирающиеся в зарубежные поездки. Основными критериями для определения суммы страхового взноса являются продолжительность пребывания за границей и возраст страхуемого (не лимитируется). Для людей до 60 лет установлена базовая сумма страхового взноса; для возрастной категории 61-70 лет эта сумма увеличивается на 25%; 71-75 лет — на 75%; 76-80 лет — на 125%; от 80 лет и старше — на 250%.

Существует несколько видов страховых схем: для поездок в Америку, Африку, Европу, Средиземноморье, Египет и Средний Восток, Азию, Индонезию, Новую Зеландию и внутри страны. Стоимость семейной страховки на период двухмесячной поездки колеблется в пределах 572-928 долларов.

Об Австралийской ассоциации медицинского страхования

С целью координации деятельности частных страховых компаний и их взаимодействия с правительственными структурами в 1971 г. была создана Австралийская ассоциация медицинского страхования. По состоянию на июль 2009 г. в ее состав входили 23 зарегистрированные страховые организации, которые в совокупности обеспечивали медицинским страхованием около 94% лиц, охваченных этой формой страхования.

Сотрудничество с правительственными департаментами и государственными учреждениями позволяет членам ассоциации оперативно получать информацию относительно изменений государственной политики в сфере медицинского страхования.

Хотя частное медицинское страхование в Австралии является узаконенной формой бизнеса, оно подлежит государственному контролю. Закон о медицинском страховании 2007 г. предусматривает контроль за частным медицинским страхованием со стороны австралийского правительственного агентства Private Health Insurance Ombudsman. В функции агентства входят, в частности, рассмотрение запросов и жалоб, анализ отчетности частных страховых компаний, информационная деятельность, оказание консультативной помощи. При рассмотрении жалоб и анализе отчетности это агентство действует независимо от правительства, страховых компаний, частных и государственных больниц и лиц, оказывающих медицинские услуги. Ежегодно агентство публикует доклад о состоянии частного медицинского страхования.

По мнению социологов, наиболее справедливым и экономически эффективным механизмом для обеспечения медико-санитарной помощи всем слоям населения является налоговая система. Эта позиция основывается на том, что частное страхование, предполагающее получение финансовой выгоды от заботы человека о своем здоровье и ограниченное различиями в финансовых возможностях отдельных людей, является недопустимым с этической точки зрения. Тем не менее многолетний опыт здравоохранения Австралии и многих других стран приводит убедительные доказательства того, что разумное сочетание и взаимодействие государственного и частного медицинского страхования имеет свои преимущества, а применение комбинированной схемы является оправданным и целесообразным.

НОВИНИ МОЗ

У м. Дніпропетровську з нагоди Всесвітнього дня надання першої медичної допомоги відбулася спеціальна акція

Спеціалісти Дніпропетровського обласного центру здоров'я, обласної організації Товариства Червоного Хреста та студенти медичного училища навчали усіх охочих прийомів надання невідкладної допомоги, а також показували, як правильно вимірювати артеріальний тиск. Ситуація, що вимагає надання екстреної медичної допомоги, здебільшого виникає раптово, в умовах дефіциту часу і за відсутності профільних фахівців. Тому так важливо навчити надавати екстрену медичну допомогу не тільки медперсоналу, а й населенню.



Акція проходила в центрі міста, тож численні перехожі цікавилися прийомами надання невідкладної допомоги та вимірювали тиск. Загалом у ході акції виміряно артеріальний тиск у 80 осіб, серед них у 16 показники АТ були підвищені, тож цих громадян направлено на консультацію до поліклініки за місцем проживання.

З 2002 р. у Дніпропетровській області успішно працює центр екстремальної допомоги і медицини катастроф, основним завданням якого є надання екстреної висококваліфікованої медичної допомоги. На базі закладу в 2008 р. створено учбово-тренувальний центр з підготовки фахівців екстреної медичної допомоги. Наразі він успішно функціонує, фантоми для моделювання невідкладних станів і комп'ютери дозволяють відпрацьовувати надання невідкладної допомоги у разі зупинки дихання, серця, великої втрати крові, ушкодження голови та хребта. В учбово-тренувальному центрі проходять навчання лікарі швидкої допомоги, а також співробітники ДАІ, міліції, водії, робота яких пов'язана з екстремальними умовами.

За інформацією прес-служби МОЗ України та ГУОЗ Дніпропетровської ОДА

МОЗ України занепокоєне станом здійснення профілактичних медичних оглядів дітей шкільного віку

Міністерство охорони здоров'я занепокоєне ситуацією, що склалася в окремих регіонах, зокрема у м. Києві, щодо здійснення в короткі терміни профілактичних медичних оглядів дітей шкільного віку. Це створює напругу в суспільстві, перенавантажує педіатричну службу, а також дискредитує ідею та мету подібних профілактичних оглядів.

На сьогодні основними нормативними документами, які визначають кратність і механізм здійснення профілактичних медичних оглядів дітей шкільного віку, є:

— наказ МОЗ України від 29.11.02 № 434 «Про вдосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні». Зазначеним наказом визначено кратність, обсяг медичних оглядів і фахівців, які здійснюють цей огляд;

— наказ від 20.07.09 № 518/674 «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах», розроблений та затверджений Міністерством охорони здоров'я спільно з Міністерством освіти та науки, зареєстрований у Міністерстві юстиції 17.08.2009 за № 772/16788. Упровадження зазначеного наказу дозволить забезпечити визначення рівня готовності дитини до фізичних навантажень та ефективний систематичний моніторинг стану здоров'я школярів. Саме цієї мети сьогодні МОЗ України намагається досягти в першу чергу за рахунок здійснення первинних оглядів дітей у найкоротший термін.

Міністерство охорони здоров'я України листом від 31.08.09 за № 04.04.43-19-769 доручило обласним управлінням охорони здоров'я протягом 2 місяців за участю педіатрів і медичних сестер здійснити медичний огляд дітей із наступним їх розподілом на групи для занять на уроках фізичної культури, а також з метою виявлення дітей для проведення поглибленого планового профілактичного медичного огляду.

За інформацією прес-служби МОЗ України