

Медицинское страхование: для Голландии или для России

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Исполкома Пироговского движения врачей

Рассмотрен опыт организации медицинского страхования в Голландии и Германии. Дается критический обзор российской системы финансирования здравоохранения, сформулированы предложения по возможному реформированию системы ОМС. Делается вывод о сравнительно более высокой эффективности государственно-бюджетной модели финансирования здравоохранения в сравнении со страховой медициной.

Ключевые слова: медицинское страхование, больничные кассы, финансирование здравоохранения, антимонопольное регулирование, расходы на здравоохранение

Проблемы медицинского страхования на протяжении ряда лет в России беспокоят всех – от пациентов до Президента РФ. Не могли в стороне остаться и специалисты, у которых есть своя точка зрения, не всегда совпадающая с мнением чиновников от медицины. Мы также неоднократно возвращались к этой проблеме («Реквием по ОМС. А что потом?», «Размышления в связи с законопроектом об ОМС», «Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения», «Замечания и предложения к проекту ФЗ об ОМС», «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?», «Германия: структура, расходы и финансирование системы здравоохранения», «Рынок в здравоохранении: что сейчас и что потом?», «Добровольное медицинское страхование за рубежом: уроки для России» и т.д.).

Медицинское страхование в Нидерландах

Сейчас причиной более детального рассмотрения проблем ОМС явилась организация семинара на эту тему посольством Нидерландов в Москве 31 марта 2014 г. с приглашением профессора по медицинскому страхованию из Эразмского университета Роттердама Wijnand P.M.M. van de Ven. Сразу же он сказал, что идеальных систем здравоохранения в мире нет, каждая страна выбирает наиболее подходящую для нее модель, медицинский рынок не должен быть свободным, а регулируемым государством и что настоящая конкуренция может быть никогда не достигнута.

В связи с тем, что даже в незавершенном виде голландская модель медицинского страхования считается образцовой, на ней следует кратко остановиться хотя бы в общем виде. Там даже до рубежного 1987 г. функционировали частнопрактикующие врачи общей практики, а из 156 больниц со средней мощностью в 360 коек только 8 университетских учебных клиник были в ведении государства, остальные 111 больниц общего назначения и 36 специализированных больниц представляли собой частные некоммерческие организации. Они финансировались, в основном, из специальных

бюджетных фондов. Практиковались для оплаты такие методы, как DRGs для стационаров и гонорар за услугу для амбулаторных пациентов. При оплате по принципу «гонорар за услугу» практически всегда можно найти лазейку для завышенных счетов и не только за счет предоставления излишних услуг, но путем увеличения числа посещений на один случай заболевания, назначения множества визитов при сочетанных заболеваниях и т.д. В результате возникает явление, известное в литературе как «спровоцированный врачами спрос».

С 1987 г. в Нидерландах стала развиваться рыночная схема здравоохранения, когда коммерческая модель стала вытеснять государственную. В основу была положена идея Комитета Деккера, поддержанная правительством, о регулируемой конкуренции. Больничные фонды превратились в страховые медицинские организации с возможным риском утраты своих застрахованных. Каждый год застрахованные имеют право выбрать страховщика в соответствии с предлагаемыми им ценой и качеством медицинских услуг. В свою очередь страховщики, представляя интересы застрахованных, организует тендеры среди провайдеров медицинских услуг (все они имеют лицензию) по соотношению качество-цена, а также тендеры на приобретение лекарственных препаратов. Таким образом осуществляется конкуренция среди частных некоммерческих страховщиков (их выбирают пациенты) и среди провайдеров (выбирают страховщики, которые покупают услуги). Поэтому главным и ключевым звеном в системе медицинского страхования становится страховая медицинская организация. Первоначально планировалось провести все необходимые изменения за 3-4 года, но оказалось так много сложностей (в т.ч. в создании регулируемого, а не стихийного рынка, стандартизованного пакета медицинских услуг, в организации взаимодействий, оплате за результат и др.), что работа эта продолжается уже больше 25 лет и для ее завершения требуется еще лет 10. Правительство препятствует созданию картелей и укрупнению больниц, т.к. при этом конкуренция исчезает. До 2006 г. обязательному медицинскому страхованию подлежали 67% граждан, имеющих доход в 3 тыс. долл. в месяц и менее, а добровольным или частным медицинским страхованием пользовались 33% людей с более высоким доходом. Все граждане старше 18 лет обязаны купить медицинскую страховку, при этом работник платит за нее пополам с работодателем.

В 2006 г. был введен новый закон о медицинском страховании, который узаконил основные принципы страхования и регулируемой конкуренции. При этом намечен выраженный отход от монополии государства с одновременным привлечением частных страховых компаний и частного капитала. Теперь государство не несет финансовой ответственности за обязательства частных больниц. Были обозначены основные предпосылки дальнейшего развития медицинского страхования (их 10):

1. Свободный выбор потребителем страховщика с заполнением соответствующих форм;

2. Наличие доступной потребителям и прозрачной рыночной информации о страховщике;
3. Риски покупателей и продавцов медицинских услуг при совершении ими ошибок;
4. Состязательность рынка, процедуры банкротства страховщиков и больниц, их замены;
5. Свободное составление контрактов, переговоры о качестве и цене;
6. Эффективное регулирование конкуренции;
7. Регулирование возможных рисков;
8. Все должны вносить средства в фонд, не должно быть неплательщиков;
9. Надзор за качеством помощи, потребитель должен быть защищенным;
10. Всеобщий доступ к медицинским учреждениям на небольшом расстоянии.

В целом, в Нидерландах есть все условия для организации регулируемой конкуренции: население – 16,8 млн. чел. со средней плотностью в 511 жителей на кв.км. Это 4 место в Европе после Монако, Ватикана и Мальты. В стране прекрасно развита информационная и транспортная инфраструктура, имеются урбанизированные зоны, что позволяет создать конкуренцию медицинских организаций.

Медицинское страхование в Германии

Об этой бисмарковской модели написано немало. К этому можно добавить лишь отдельные штрихи. Доля затрат на здравоохранение в Германии достаточно высока и составляет 11.3% ВВП. Однако, даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т.ч. депутаты Бундестага. Растет число жалоб граждан, что подтверждает недавно проведенное исследование в земле Нижняя Саксония, страховые организации стремятся сократить расходы на оказание медицинской помощи и увеличить поступления в виде взносов, идет систематическое сокращение перечня бесплатных медицинских услуг и медикаментов, страховщики систематически сокращают расходы на профилактику как невыгодные.

Доля пенсионеров в Германии сейчас составляет 18%, а к 2035 г. возрастет до 35%. В связи с достаточно высокой продолжительностью жизни и в целях уменьшения нагрузки на

пенсионную систему возраст выхода на пенсию в Германии в 2008 г. был повышен до 67 лет. Согласно системе обязательного пенсионного страхования работник, имеющий средний по стране заработок, при выходе на пенсию будет получать ежемесячно 1000 евро, к которым 25-40% будет доплачивать предприятие.

Именно в Германии в явном виде проявилось несовпадение между временем, когда люди могут позволить себе оплатить услуги здравоохранения (работающие, в зрелом возрасте) и когда они в них действительно нуждаются (в начале и конце жизни, нетрудоспособные). Поэтому солидарность рассматривалась там не только с этических позиций равного доступа к медицинской помощи, но и как наиболее рациональный способ в рыночных условиях распределения оплаты медицинских услуг в течение всей жизни каждого человека с учетом элементов риска и с потенциальным покрытием катастрофически растущих расходов на некоторые медицинские вмешательства. Там в связи с ростом ОПЖ возрастает число пожилых людей, а, как известно, наибольшие объемы медицинской помощи потребляют не работающие, а дети и пожилые. При этом численность работающих не растет и страховые взносы остаются прежними. Средств на медицинскую помощь в течение последних 15–20 лет стало катастрофически не хватать.

Вначале возникла идея увеличить размер страховых взносов, но против этого восстали работники, работодатели и профсоюзы. Затем была предпринята попытка уменьшить доходы врачей. Но на двух съездах Немецкой врачебной палаты, где мне довелось присутствовать, обсудив это предложение правительства в деталях, врачи его отвергли. Далее, попытались снизить затраты на медицинскую помощь пожилым, введя для них минимальные и дешевые стандарты лечения. Но пожилые люди расценили это как нарушение прав человека. И вот теперь там рассматривается предложение некоторых минимальных изменений, но сразу по всем трем направлениям. Можно предположить, что это только временное и паллиативное приглушение проблемы, которая через некоторое время возникнет вновь, и тогда потребуются совсем другие решения.

Несмотря на то, что немецкая система оказания медицинской помощи по праву считается одной из лучших в мире по эффективности (т.е. по соотношению между результатами и затратами), по уровню медицинского сервиса Германия занимает только 6 место в Европе после Нидерландов, Дании, Австрии, Люксембурга и Швеции. В Германии, по данным организации Health Consumer Powerhouse, уровень прав пациентов недостаточен, даже в условиях относительно свободного выбора врача, растет число судебных вмешательств при достаточно низкой доле врачебных ошибок – всего 0,35% от числа обращений к врачам.

В Германии финансовыми органами являются больничные кассы (промышленные, территориальные, для ремесленников, для с/х рабочих, для служащих и т.д.), они самоуправяемые и независимые от государства. Взносы платят как работодатели, так и работники. Больничные кассы работают с врачами по договору, а с Немецкой врачебной палатой ведут переговоры по тарифам. В целом, это модель всеобщего медицинского

страхования с отсутствием прибыли у страховых организаций. За последние 20 лет немецкая система здравоохранения реформировалась 15 раз, целью этих реформ было намерение затормозить стремительный рост медицинских расходов в достаточно затратной системе медицинского страхования с быстро стареющим населением.

В уникальном немецком здравоохранении параллельно существуют как бы 2 системы: частные медицинские страховые организации и общественно-правовые или публичные больничные кассы, которые иногда неверно причисляют к государственному здравоохранению. Частное страхование предназначено для состоятельных людей, и его стоимость зависит от многих параметров застрахованного. Больничные кассы работают по принципу солидарности – молодых с пожилыми, мужчин с женщинами, здоровых с больными, состоятельных с малообеспеченными, работающих с неработающими. Дети и неработающая жена члена больничной кассы застрахованы бесплатно. Сейчас в больничные кассы деньги поступают из централизованного медицинского фонда, в котором аккумулируются три потока: средства застрахованных и работодателей – поровну (уровень отчислений и процент от зарплат застрахованных определяется правительством), а также поступления из госбюджета, которые непрерывно растут. В больничные кассы средства поступают не только в зависимости от числа застрахованных, но и с учетом их пола, возраста, состояния здоровья. Кроме того, при министре У. Шмидт произошло слияние и укрупнение больничных касс.

Однако все это не решило проблемы медицинской помощи пожилым и детям, тем более, что в Германии отмечалось самое высокое в Европе число посещений врачей – 17 на одного жителя в год. В связи с дефицитом средств правящей коалицией в жарких дискуссиях с профсоюзами было принято решение увеличить с 1 января 2011 г. размер страхового взноса с 14,9% до 15,5%, пополам от работников и работодателей. Однако, это проблему дефицита средств не решает, а лишь слегка ее приглушает, и все равно требуется постоянное увеличение бюджетных ассигнований. Оппозиционные партии, работодатели и больничные кассы подвергли новую реформу резкой критике, полагая, что это ни что иное, как «грабительский налет на кошельки малоимущих и людей со средним заработком». Что тогда говорить о нашей стране, где систематически «вытряхиваются» кошельки у 70% далеко не богатых граждан?

В Германии существует защита пациентов от некачественного лечения и врачей от несправедливых нареканий. Для этого в каждой из 16 земель помимо врачебной палаты созданы комиссии по врачебным ошибкам в составе юристов и врачей, и в 90% случаев проблемы решаются в досудебном порядке. С января 2012 г. в Германии вступил в действие закон, способствующий привлечению молодых врачей общей практики и специалистов для работы в сельской местности, где нарастает доля пожилых людей и хронически больных. Особенно высока потребность в таких врачах в сельской местности Восточной Германии и Северо-Западных районах страны. При этом главная проблема заключается в том, что большинство практикующих врачей не хотят больше работать по 24 часа в сутки и все 7 дней в неделю. По новому закону врачи могут не обязательно жить

в зоне своей практики, а оплата будет осуществляться в зависимости от численности пациентов.

Медицинское страхование в России

Здесь мы не будем рассматривать хорошо известные исторические вехи и предпосылки создания системы ОМС в стране, а остановимся лишь на достаточно крупных и принципиальных недостатках сложившегося бюджетно-страхового гибрида.

Система ОМС предназначена для функционирования в условиях рыночных отношений внутри здравоохранения с преимущественно частным (некоммерческие и коммерческие клиники, частнопрактикующие врачи общей практики) здравоохранением, однако даже при этом она демонстрирует свою затратность и относительно невысокую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, возможность для коррупции и нецелевого расходования средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи, расходуется до 14% и более средств ОМС, включая штрафные санкции.

Свыше 20 лет работы на принципах медицинского страхования ни к чему хорошему не привели (затраты постоянно растут, результаты параллельно не улучшаются, удовлетворенность пациентов падает). Взятый курс на построение в стране модели медицинского страхования с преобразованием медицинской помощи в рыночный термин «медицинская услуга» внес сумятицу, последствия которой могут оказаться драматическими, и себя не оправдал ни с точки зрения пациентов, ни с позиции государства, ни со стороны медицинских организаций. Тем более, что законодательно запущен процесс ликвидации системы муниципального здравоохранения, т.е., в отличие от других стран, снимается ответственность с органов местного самоуправления за решение насущных и приземленных проблем охраны общественного здоровья.

Использование страховой модели для финансирования общедоступной медицинской помощи в нашей стране – это управленческая ошибка, поскольку ведет к деградации инфраструктуры здравоохранения, к значительному снижению доступности медицинской помощи и удовлетворенности ею подавляющей части населения (возможно, кроме жителей крупных городов) даже на фоне роста расходов на здравоохранение. Модель эта весьма затратная и внедряли ее в начале 1990-х годов как временную и вынужденную меру при рухнувшем бюджете, как вынужденный управленческий компромисс. По ФЗ

№165 – ФЗ о социальном страховании страховщики – это некоммерческие организации, а в ОМС функционируют коммерческие страховщики. В США страховые организации имеют право на получение прибыли, что ведет к росту затрат. В принципе ОМС может успешно функционировать, когда имеется рынок медицинских услуг с конкуренцией и выбором, когда врач является субъектом права, т.е. обладает лицензией – разрешением на деятельность, когда медицинские учреждения (и страховщики) являются преимущественно частными – коммерческими или некоммерческими и таких, например, в Нидерландах – почти 100%, в Германии -74% и т.д.

Как таковое страхование в России не получилось, поскольку вместо страхового взноса введен целевой налог без участия застрахованного, что не побуждает его к лучшему использованию страховых средств, не получилась и обязательная для такой модели конкуренция в регулируемом или нерегулируемом виде внутри страховых организаций и среди медицинских учреждений. А право выбора пациентом осталось на бумаге и на практике ничем не обеспечено. Большинство врачей страны не приемлют систему ОМС и не понимают, зачем она нужна и что она дает пациентам и врачам со множеством посредников и расплывшейся бюрократией, а почти 90% врачей считают страховщиков лишним звеном в здравоохранении, поскольку они не защищают права пациентов, не обеспечивают должный уровень качества (для чего они и были предназначены), а являются лишь совершенно ненужными финансовыми посредниками при переводе средств из фондов ОМС в медицинские учреждения. Кроме того, целый ряд страховых организаций принадлежит зарубежным хозяевам. Так, от компании РОСНО не менее 15% собираемых взносов с работодателей нашей страны оседает в Германии.

Тем более, что на глазах этих же врачей происходит разрушение существующего здравоохранения, сокращение врачей, укрупнение медицинских учреждений, т.е. их монополизация, что резко снижает возможности конкуренции и доступность медицинской помощи. Страховые медицинские компании, которые должны играть ведущую роль в системе ОМС, утратили функции страховщиков (эти функции переданы фондам ОМС), превратились в посредников в передаче денег, т.е. в балласт и лишнее ненужное звено. Тем более, что они теперь по ФЗ №326, благодаря штрафным санкциям, экономически заинтересованы в плохой и некачественной работе медицинских учреждений. Тарифы на ОМС никак не связаны с риском страхового случая и не покрывают все расходы, что затрудняет проводимую политику по вовлечению частных клиник в систему ОМС.

Все участники процесса в ОМС заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах (лучше стало больному или хуже и т.д.), т.е. в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить. Главное, что деньги и время на лечение потрачены, а каков результат – это вторичное. Самым главным недостатком системы медицинского страхования в России, да и в других странах тоже, является заинтересованность всех участников этой системы в росте числа болезней и больных: чем больше больных (в т.ч. тяжелых), тем больше средств получит медицинское учреждение,

тем больше лекарств они потребуют, тем больше средств останется на нужды частных страховых компаний и фондов ОМС. Это вступает в противоречие с государством, которое логично должно быть заинтересовано в росте числа здоровых, а не больных. Иначе говоря, по этому принципу долгосрочные интересы государства по росту числа здоровых и сиюминутные меркантильные интересы лечебно-профилактических служб и всей системы ОМС диаметрально разнятся.

Отсюда вытекает экономическая невыгодность профилактических мероприятий. Не спасает положение и 80 млрд. руб., выделенных на проведение периодических профилактических осмотров и аккумулированных в системе ОМС, в которую стараются включить все виды помощи, относившиеся к государственной ответственности. Правда, специалисты ФФОМС утверждают, что их обязали выделять средства на проведение профилактических осмотров, однако это не исключает общей материальной заинтересованности в увеличении числа больных.

Совершенно нелепо выглядит полис ОМС на фоне 41 статьи Конституции РФ, где записано, что всем гражданам (а не только обладателям полиса) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна быть оказана бесплатная медицинская помощь. Получается, что полис – это документ, необходимый для расчетов между страховщиками и учреждениями. А причем здесь больной? В развитых странах с ОМС, например, в Нидерландах, больной просто подтверждает своей подписью ту помощь, которая ему была оказана. Поэтому полис у нас можно рассматривать как барьер при реализации конституционного права.

В последнее время готовится новый вариант закона об ОМС в РФ, где, по мнению разработчиков, в центре внимания вместо медицинского учреждения появится застрахованный. Однако, если хорошо подумать, то это, во-первых, практически мало реально, поскольку все интересы сторон остаются неизменными, а, во-вторых, нисколько не улучшает все механизмы функционирования ОМС и ее рыночную сущность «бизнеса на болезнях».

Почему это произошло?

А это произошло оттого, что в переходном периоде было обостренное и глубоко ошибочное желание избавиться от всего предыдущего наследия, в результате чего была выбрана полностью не подходящая для страны модель здравоохранения и его финансирования. Произошло это из-за сильного влияния экономистов, слабо разбирающихся в проблемах здоровья и здравоохранения, когда экономическая мотивация стала довлеющей над социальной и гуманной, что в здравоохранении недопустимо. Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходило и происходит в условиях, когда кроме ряда крупных городов в стране нет

возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора пациентами врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл.

Для развития конкуренции помимо полностью частной медицины и превышения предложения над спросом (превышение спроса над предложением порождает очереди) необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля «эффективных» городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг.

Всего этого не только в сочетании, но даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет, а в странах с медицинским страхованием все это имеет место (Швейцария, Бельгия, Кипр, Греция, Израиль, Япония, Нидерланды, Германия, Франция, Южная Корея, Австрия) – высокая плотность населения и достаточно равномерно заселенная территория с хорошими дорогами, со средними расстояниями между городами в 7-15 км, а, главное, там достаточно высокий уровень ВВП на душу населения, высокий уровень инвестиционной привлекательности, активное государственное антимонопольное регулирование, значительная доля налогов, остающихся в распоряжении региональных властей и муниципалитетов.

Известно, что чем больше денег задействовано в экономике, тем выше платежеспособность системы ОМС и привлечение рыночных инвестиций в здравоохранение. А в России всего этого нет и, видимо, не очень скоро появятся. Даже в европейской части страны расстояние между городами составляет 40-50 км, а на востоке – 150-300 км и более при нашей транспортной доступности и состоянии дорог, городов с населением в 100 тыс. чел. и более – всего 164 и число их сокращается. Исходя из изложенного, получается, что ФЗ №135 от 26.07.2006 г. о защите конкуренции на здравоохранение не распространяется, за исключением частных клиник, желающих конкурировать с государственными. Поскольку к модели ОМС мы так и не присоединили в силу ряда причин чисто рыночные отношения, то и страхование у нас не получилось и фактически сложилась просто особая система финансирования здравоохранения. Мало того, что по всем условиям и параметрам указанная модель полностью не подходит для России, так она еще не соответствует реальным потребностям и возможностям граждан и страны в целом и не способствует выполнению задач, стоящих перед здравоохранением.

Если бы в Москве, где есть отдельные условия из числа перечисленных, действовало реальное антимонопольное регулирование, то вместо масштабного слияния сотен медицинских учреждений (по сути, означающее монополизацию гигантского рынка)

наблюдался бы обратный процесс – децентрализация, приближение (а не удаление) медицинской помощи к населению, расширение автономии медицинских учреждений, экономических прав и ответственности, что могло способствовать конкуренции и выбору. А это означает, что учреждения должны проходить аккредитацию (т.е. проверку условий), а лицензию (т.е. разрешение на деятельность) должны получать врачи, переходя из статуса объекта права в субъект права.

Примерно близкая картина и в США, но там тратится на медицину во много раз больше средств (свыше 8700 долл. на душу населения в год), правда, по рейтингу Bloomberg страна находится лишь на 33 месте по уровню оказания медицинской помощи, на 41 месте по младенческой смертности и на 43 месте по ОПЖ. Прав Президент США Б. Обама, настаивая на повышении доступности медицинской помощи, но правы и республиканцы, выступающие против расширения медицинской помощи в США, где нет многих условий для организации системы медицинского страхования, что может привести к финансовой катастрофе. Не случайно, в США идут многолетние дебаты о том, что модель, основанная на чисто рыночных механизмах (с минимальными социальными гарантиями для людей), не соответствует вызовам времени и потому в США уже давно происходит расширение системы социальной поддержки. Это относится к экономике, здравоохранению, образованию и к другим сферам деятельности.

Важно, что в самой что ни на есть рыночной стране, намечается переход к более цивилизованной европейской модели. Более того, модель медицинского страхования не годится и для США с неравномерным расселением, что с каждым разом становится очевиднее. При этом число утративших медицинскую страховку из-за невозможности ее возобновить по программам помощи пожилым и неимущим превысило число заново ее получивших. Современная медицина, организованная на страховых принципах (и не только в США), уже не столько занимается лечением больных, сколько зарабатыванием денег. Хорошая работа и качественная медицинская помощь приносят больницам меньше денег и это очевидно почти всем специалистам, кроме лиц, принимающих решения. По этому поводу сами американцы шутят, что главной задачей их медицины является перевод острой боли в хроническую. Вот такова изнанка системы медицинского страхования, не говоря уже о многочисленных ее изъянах. Борьба вокруг реформы здравоохранения США еще раз убеждает в том, что система медицинского страхования свои возможности исчерпала и многие страны ее еще придерживаются лишь в соответствии с традициями. Не спасают положение и национальные программы улучшения здоровья.

Если посмотреть на карту родоначальницы медицинского страхования Германии, то сразу бросается в глаза высочайшая плотность расселения, особенно в земле Северный Рейн-Вестфалия, огромное число достаточно крупных городов с небольшими расстояниями друг от друга. Так, только в одной из 16 земель (штатов) Германии – упомянутой Северный Рейн-Вестфалия – насчитывается 398 городов и получается как бы сплошная городская агломерация. Вся Германия буквально опутана паутиной сетью

разнообразных качественных автомобильных и железных дорог с очень хорошим транспортным сообщением, и всю Германию можно проехать максимально за 4-6 часов. То же самое можно сказать и о Нидерландах, Бельгии и в других странах с их уникальными дорогами и небольшими расстояниями, позволяющими жить в одном городе, а работать в другом. Это позволяет также в случае необходимости укрупнять медицинские учреждения.

На этом фоне совершенно бледно выглядит карта Европейской части России, не говоря уже о других менее заселенных регионах страны. Это еще раз доказывает, что модель ОМС является неподходящей для нашей страны по всем необходимым параметрам. Тем не менее, перед отечественным здравоохранением сейчас возникает альтернатива: либо следует вообще отказаться от модели ОМС с переходом на бюджетное финансирование в сочетании с договорными отношениями, дополненное ДМС (а частные клиники существуют независимо), либо искать сложные и дорогостоящие подходы, временно изменяющие и улучшающие существующий неэффективный гибрид с приданием ему именно функций страхования.

Можно ли усовершенствовать и улучшить модель ОМС в России?

Теоретически это вполне возможно (но практически – мало реально) для чего необходимо:

1. Изменить форму собственности всех учреждений здравоохранения с государственной и муниципальной на частную некоммерческую, и с ними могут вполне конкурировать частные коммерческие клиники.
2. Придать врачам статус субъекта права с выдачей им разрешения на деятельность (лицензии) и с повышением оплаты их труда минимально в 4 раза для страхования своей профессиональной ответственности и для самостоятельного обучения за свой счет на соответствующих сертификационных курсах, как это и положено самостоятельно хозяйствующим субъектам.
3. Ввести страховой взнос на работающих граждан, для чего необходимо им поднять зарплату на 20-25%, осуществить баланс между поступлениями средств и расходами.
4. Переселить граждан в крупные города и создать множественные городские агломерации, что позволит организовать действенные конкуренцию и выбор.
5. Построить дороги и коммуникации между городскими агломерациями.

6. Разукрупнить медицинские учреждения, особенно в крупных городах.
7. Изменить форму собственности страховых медицинских организаций с коммерческой на некоммерческую с тем, чтобы у них преобладали проблемы качества, а не получения прибыли и поставить их в зависимость от выбора и ожиданий потребителя.
8. Изменить основную мотивацию в системе ОМС и ввести оценку по результатам.
9. Изменить и существенно расширить информационное обеспечение деятельности всех участников ОМС, сделать прозрачными финансовые потоки и устранить коррупцию.
10. Подготовиться к банкротству почти 90% медицинских учреждений, которые по качеству не будут соответствовать требованиям страховщиков, представляющих интересы потребителей и зависящих от них.
11. Задействовать все механизмы рыночных отношений, активно развивать частное (добровольное) медицинское страхование.
12. Забыть о том, что здоровье – это общественная ценность, поскольку и здоровье, и выздоровление становятся чисто индивидуальной заботой.

И если в Нидерландах этот процесс займет в общей сложности не менее 35 лет, то у нас – 100 лет, а с учетом законопослушности голландцев даже 150 лет.

Не спасают систему ОМС и те соломинки, за которые пытаются ухватиться: концессии, ГЧП, вовлечение в ОМС частных клиник и т.д. Как верно заметил С. Калашников (2013), поскольку у нас население бедное и низкие зарплаты, то говорить о страховании – утопия. Возникает вопрос, а стоит ли столько времени ждать и есть ли какая-то альтернатива?

Альтернатива всегда есть

Агентство Bloomberg (Bloomberg rankings – The World's Healthiest Countries. Bloomberg, 2012), исходя из данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка, составило рейтинг здоровья жителей 145 стран. При этом учитывались ОПЖ, младенческая и материнская смертность, причины смерти, курение и потребление алкоголя, физическая активность, излишний вес, уровень артериального давления, уровень глюкозы, распространение ВИЧ и других заболеваний, уровень загрязнения окружающей среды и др. Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования (рыночная, страховая модель) и с бюджетным здравоохранением (социальная модель) показал, что в группе стран с бюджетным

финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности.

Н.А.Кравченко и А.В.Рагозин (2013) провели сравнение 18 стран, разделенных на группы методом «копия-пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близкие показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения. В результате оказалось, что по соотношению затраты/управляемые показатели здоровья бюджетная Италия более эффективна, чем страховая Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и ВБ соответственно на 2-м и 13-м месте); бюджетная Швеция более эффективна, чем страховые Австрия и Германия при меньших затратах и лучших результатах; бюджетная Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем страховая Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; бюджетная Куба при затратах в 2,5-3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты со страховыми Чили и Коста-Рикой; бюджетная Сирия в довоенный в стране период, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше страховой Турции, опережала ее в рейтинге Bloomberg; бюджетные Украина и, особенно, Беларусь, тратя меньше страховой России средств на душу населения на здравоохранение, имеют с ней близкие показатели здоровья. Правда, данные по Украине представлены до произошедших там событий. И новый министр здравоохранения Украины О. Мусий заявил, что врачи должны иметь право продавать свои услуги населению и что он является приверженцем саморегулирования рынка в здравоохранении. На фоне беднеющего населения в Украине практически будет проведено разгосударствление медицинских учреждений и внедрен «бизнес на болезнях». К этому и будет сведена новая реформа здравоохранения там. Кстати, на Кубе ОПЖ возросла до 80 лет, кубинская медицина уникальна при самых минимальных затратах, и перенимать опыт Кубы приезжают специалисты из США, Южной и Центральной Америки, из Европы. Не случайно в 2012 г. ВОЗ признала кубинское здравоохранение самым эффективным в мире. Кроме того, там отсутствует уличная преступность и наркоторговля, и это при относительно бедном населении.

Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны. Государственная бюджетная модель, но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации, имеет множество преимуществ перед другими. Контракты или договора между органами управления и медицинскими учреждениями (вместо системы простого распределения средств по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы,

возможность штрафов и другие условия, т.е. фактически должны содержать в себе государственное задание.

Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, уменьшились очереди на плановые госпитализации. При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика. К преимуществам также относятся возможность установления и реализации национальных приоритетов, планирования медицинской помощи, профилактики, раннего выявления и своевременного лечения выявленных нарушений здоровья, борьбы с наиболее социально значимыми заболеваниями и т.д., в то время как в рыночной модели в приоритетном порядке финансируются острые заболевания или обострения хронических болезней, по которым больные обращаются за медицинской помощью. Неопределенность в бюджетной модели сведена к минимуму. При этом роль государства в охране здоровья и отрасли в планировании и организации медицинской помощи активна, а в рыночной модели роль общества (государства) должна быть максимально ограничена.

Самое главное отличие – это отношение к здоровью граждан: если в рыночной модели здоровье – это личное дело каждого потребителя свободного рынка медицинских услуг и потому сам человек должен заботиться о своем здоровье (хотя условия для этого от него не зависят), а при утрате здоровья – неисчерпаемый источник потребностей в медицинских услугах и роста рынка, то в бюджетной модели здоровье – это социальный актив, объект активного управления, важный фактор эффективности общественного производства (производительности труда и непроизводственных издержек), а основная часть населения не способна (или не имеет возможностей) самостоятельно заботиться о своем здоровье и некомпетентна как потребитель рынка медицинских услуг. Частные страховые медицинские организации смогут вплотную заняться развитием ДМС, для чего они и предназначены, фонды ОМС в качестве отделов финансирования могут войти в структуру органов управления здравоохранением. Эти органы будут заключать договора с медицинскими учреждениями с обозначением объемов, уровня, качества медицинской помощи и ее результатов.

Получается, что бюджетная модель дополняется рыночными элементами и оплата будет производиться не как ранее: по смете, за посещения, за койко-дни, т.е. не за объемы, а результаты. Кстати сказать, ни один из известных 7 методов финансирования – сметное финансирование, оплата за койко-день или посещение, гонорар за услугу, глобальный бюджет, оплата по DRGs, подушевое финансирование даже с учетом возрастно-половой структуры, оплата по законченному случаю – в прямом виде в наших условиях не должен быть применен без акцента на результаты. В итоге, если критериями эффективности в рыночной модели является соотношение между затратами и субъективной оценкой степени удовлетворенности пациентов, то в бюджетной модели субъективная удовлетворенность хоть и важна, но вторична, а эффективность должна оцениваться по соотношению затрат и управляемых объективных показателей здоровья, зависящих от

здравоохранения. Последние критерии приобретают особую государственную значимость в связи с умеренным прогнозом Росстата о том, что в перспективе доля лиц в возрасте 65 лет и старше будет нарастать (сейчас – 13%), а с 2015 по 2017 гг. численность трудоспособного населения будет ежегодно сокращаться на 1 млн. чел. Отсюда значимость здоровья как государственного ресурса резко возрастает.

Некоторые эксперты считают, что государственно-бюджетная модель – это «тупик» и как бы возврат к советской системе здравоохранения, но это далеко не так, и многие не возражали бы против такого «тупика» в здравоохранении, как в Австралии, Новой Зеландии, Швеции, Финляндии, Канаде, Дании и др., где нуждающимся оказывается весь спектр медицинской помощи, а лекарства по рецепту врача предоставляются бесплатно. Конечно, в здравоохранении каждой страны есть свои достоинства и недостатки, но в данном случае речь идет не о странах, а о моделях здравоохранения. И совершенно очевидно, что государственно-бюджетная модель демонстрирует весьма заметные преимущества в организационном и финансовом аспектах, а также в результативности по сравнению со страховой моделью. Кстати, в Канаде существует далеко не самая дешевая модель здравоохранения, но она является предметом зависти для жителей США.

Важно отметить, что в странах с медицинским страхованием темпы роста расходов на здравоохранение опережают темпы прироста ВВП, (а это со временем – экономический тупик) и потому там рано или поздно придется решать вопрос о выбранной модели здравоохранения и его финансирования.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что нет и не может быть однозначных подходов к выбору модели здравоохранения для разных стран. Для этого нужно учитывать множество факторов и условий и то, что возможно в максимальной степени подходит для небольшой Голландии, совершенно не годится для значительных просторов и особенностей России. И сейчас страна стоит перед выбором: либо по примеру ряда развитых стран осуществить переход к менее затратной, более рациональной по организации, более понятной и удобной для пациентов и врачей государственно-бюджетной модели с контрактными (договорными) отношениями. Выбор нужно делать уже сегодня, пока не поздно и пока безболезненно для государства, здравоохранения, либо продолжать совершенствовать и видоизменять не подходящую для условий нашей страны достаточно затратную и требующую постоянного роста расходов модель ОМС, что автоматически ведет к закрытию экономически неэффективных медицинских учреждений, к их укрупнению, к значительному снижению доступности медицинской помощи, к полностью рыночным отношениям в здравоохранении и к неизбежно платной медицине, что безусловно вызовет нарастание протестных настроений среди большей части населения, медицинских работников и граждан. К сожалению, как говорится, *tertium non datur* (третьего не дано).

Health Insurance: for Holland or for Russia

Комаров J.M.

Doctor of Medical Science, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

The experience of health insurance systems in the Netherlands and Germany is considered. A critical review of the Russian health care financing system is presented, possible ways of reforming compulsory health insurance are proposed. It is concluded that state-budget financing model of health care has relatively higher efficiency compared with insurance medicine.

Key words: health insurance, contributory sickness funds, health financing, antimonopoly regulation, health expenditures